



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra
Pedagogiky a psychologie

Bakalářská práce

Pohled pracovníků rehabilitačního centra na psychosociální rehabilitaci

Vypracoval: Lukáš Junek
Vedoucí práce: Mgr. Václav Šnorek

České Budějovice 2015

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce.

Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce.

Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 24. 4. 2015

.....
Lukáš Junek

Věnováno mým rodičům.

Rád bych na tomto místě poděkoval svému vedoucímu práce panu Mgr. Václavu Šnorkovi za ochotu, odborné vedení a užitečné rady. Dále velké díky patří paní ředitelce PhDr. Lence Krbcové Mašínové a všem zaměstnancům organizace Fokus Labe, kteří věnovali jejich drahocenný čas pro realizaci tohoto výzkumu.

Abstrakt práce

Název práce: Pohled pracovníků rehabilitačního centra na psychosociální rehabilitaci

Autor práce: Lukáš Junek

Vedoucí práce: Mgr. Václav Šnorek

Počet stran: 56

Počet zdrojů: 26

Abstrakt: Tato bakalářská práce se zabývá pohledy pracovníků rehabilitačního centra na psychosociální rehabilitaci lidí s duševním onemocněním. V teoretické části práce jsou shrnuty poznatky o psychotickém duševním onemocnění, jeho projevech a léčbě. Dále jsou shrnuty teoretické poznatky o psychosociální rehabilitaci lidí trpících tímto typem onemocnění. V empirické části nalezneme popis metodologických postupů a zásad pro vypracování výzkumu. Tedy zásady pro realizaci kvalitativního výzkumu, popis zakotvené teorie a její částečné využití v této práci. Dále je v této části popsán způsob sběru dat, tedy popis hloubkového polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumu se účastnilo 6 respondentů, 3 ženy a 3 muži (n=6) z řad pracovníků rehabilitačního centra Fokus Labe, které má sídlo v Ústí nad Labem. V závěru práce jsou shrnuty výsledky výzkumu a jsou komparovány s připravovanou reformou psychiatrické péče.

Klíčová slova: Psychosociální rehabilitace, schizofrenie, komunitní psychiatrie, reforma psychiatrické péče.

Abstract of work

Title of the thesis work: View of workers of rehabilitation center to psychosocial rehabilitation

Author of the thesis work : Lukáš Junek

Leader of the thesis work : Mgr. Václav Šnorek

Number of pages: 56

Number of sources: 26

Abstrakt: This thesis deals with the view of workers of rehabilitation Center of psychosocial rehabilitation of people with mental illness. In the theoretical part of the thesis are summarized the findings about psychotic mental illness, its symptoms and treatment. Here also theoretical knowledge about psychosocial rehabilitation of people with this type of disease are summarized. In the empirical part we will find description of methodological procedures and principles for research developing. Therefore, the principles for realization of qualitative research, description of grounded theory and its partial utilization in this thesis work. Further method of data collection, mainly description in depth semistructured interviews described here. Six respondents attended this research three women and three men (n=6) -members of the rehabilitation center Fokus Labe, which has headquarters in Ústí nad Labem. In the final part of the thesis work results of research are summarized and they are compared with prepared reform of psychiatric care.

Key words: psychosocial rehabilitation, schizophrenia, community psychiatry, psychiatric care reform

Obsah

I.	Úvod	7
II.	Teoretická část	8
1.	Psychóza	8
1.1.	Příčiny psychózy	9
1.2.	Průběh psychózy	9
1.2.1.	Prodromální fáze	10
1.2.2.	Rozvinutí psychózy- ataka	11
1.2.3.	Fáze vyhasínání	12
1.2.4.	Remise	12
1.3.	Dělení psychotických onemocnění.....	13
2.	Schizofrenie	14
2.1.	Výskyt schizofrenie.....	15
2.2.	Příčiny schizofrenie	15
2.3.	Příznaky schizofrenie.....	17
2.3.1.	Pozitivní příznaky	18
2.3.2.	Negativní příznaky.....	20
2.3.3.	Kognitivní příznaky	21
2.3.4.	Afektivní příznaky.....	22
2.3.5.	Deprese u schizofrenie.....	22
2.4.	Léčba	23
3.	Komunitní psychiatrie	25
3.1.	Rehabilitace.....	25
3.1.1.	Pracovní rehabilitace.....	26
3.1.2.	Rehabilitace a bydlení	28
3.1.3.	Rehabilitace na úrovni sociálních kontaktů	29
4.	Komunitní péče	29
III.	Empirická část	31

5. Výzkumný problém	31
6. Výzkumné otázky	31
7. Výzkumná metoda	31
8. Kvalitativní výzkum.....	32
8.1. Zakotvená teorie	33
8.1.1. Otevřené kódování.....	34
8.2. Technika „vyložení karet“	35
9. Metoda sběru dat - polostrukturovaný hloubkový rozhovor	35
10. Zpracování rozhovoru a etické zásady	35
11. Výzkumný vzorek	36
12. Výsledky	37
13. Diskuze	53
14. Sebereflexe výzkumníka.....	54
15. Závěr.....	55
IV. Souhrn	56
V. Zdroje a použitá literatura.....	57
Přílohy	59

I. Úvod

Dnešní hektická doba klade vysoké nároky na osobní výkon každého z nás. Vyžaduje úspěch ve všech sférách života. Vysoké nároky jsou kladeny zejména v pracovní sféře, kde je čím dál tím méně tolerováno jakékoliv pochybení či dokonce absence. To klade na bedra jedince velkou zodpovědnost a vytváří tak na něj velký tlak, zejména pak tlak psychický.

Takový to druh napětí je problematicky zvládnutelný i pro většinu zdravé populace. Mnohdy je tento tlak natolik neúnosný, že se u některých jedinců vyvine duševní onemocnění. Právě na tento typ onemocnění se v práci zaměříme. V jednotlivých částech práce bude popsána problematika tohoto onemocnění, a to konkrétně onemocnění, které se vyznačuje výskytem psychózy, jako je například schizofrenie.

V práci bude čtenář seznámen s charakteristikou, příčinou a průběhem psychózy, dále se zaměříme na charakteristiku a projevy schizofrenie. Následně pak na její léčbu. Značná část bude také věnována péči následné. Zmíníme se, jak tato péče vypadá a jak probíhá začleňování nemocného zpět do normálního života. V praktické části se pak konkrétně zaměříme na analýzu fungování komunitní péče z pohledu zaměstnanců podílejících se na psychosociální rehabilitaci.

Tato práce si klade za cíl zmapovat postupy psychosociální rehabilitace lidí s duševním onemocněním z pohledu zaměstnanců instituce zabývajících se psychosociální rehabilitací. Konkrétně pak z pohledu těch zaměstnanců, kteří se zabývají rehabilitací v pracovní sféře. A to zejména z toho důvodu, že služby, poskytující organizace zabývajících se psychosociální rehabilitací, mohou významně pomoci při návratu nemocného do pracovního procesu, ale i do zdravého způsobu života celkově.

II. Teoretická část

1. Psychóza

Slovo psychóza pochází z řečtiny. Překládáme ho doslova jako „nemoc duše“. Vzniklo spojením slova „psyché“ překládané jako duše a koncovkou „-óza“ označující nemoc (Kalina, 2001). Za psychotické onemocnění označujeme takové onemocnění, které se projevuje v různé míře změnou základních aspektů duševního života jako je myšlení, vnímání a emotivita. Jedná se o nemoc, která mění prožívání člověka k okolí a sobě samému (Praško, 2001).

Jedinec postižený psychotickým onemocněním si v sobě samém vytváří vnitřní fantazijní svět, který se liší od světa okolního, tak jak ho vnímají ostatní. Je tedy zásadně narušen kontakt s realitou. Jedním ze zásadních problémů tohoto onemocnění je, že psychóza zbavuje jedince schopnosti rozpoznat chorobnost svého myšlení, jednání a prožívání. Považuje tedy své myšlení a cítění za zcela adekvátní. A právě konfrontací vnitřního světa nemocného se světem druhých lidí vzniká problém s porozuměním, pochopením a domluvou (Praško, 2005).

Narušení kontaktu s realitou nemusí být vždy příznakem psychózy. Může se objevit také i u otrav, při užití některých drog a psychoaktivních látek, ale také při úrazech, nádorových onemocnění, infekcí nervového systému, či při horečnatých onemocněních a některých druhů epilepsií. Nemusí však k němu docházet jen u výše zmiňovaných patologických jevů. S narušením kontaktu s realitou se můžeme také setkat při prožívání silných emocionálních událostí, například při silném stresu nebo při náboženském vytržení. Podobné stavy popisují i lidé zabývající se holotropním dýcháním a mistři jógy. Tyto stavy se však od psychózy liší, a to tak, že psychotické onemocnění má svůj typický průběh a vyznačuje se typickými symptomy (Praško, 2005). Průběhem a příznaky psychotického onemocnění se budeme zabývat v jedné z následujících kapitol.

Psychózu si můžeme představit jako sen. Člověk je ve fantazijním světě, kde je středem dění a zároveň celou situaci pozoruje. Prožívá podivné a tajemné situace. Zásadním rozdílem je pak fakt, že při snění spíme, kdežto jedinec zažívající psychózu považuje tento svět za skutečný (Praško, 2005).

Psychotická onemocnění zásadně ovlivňují chování, prožívání i jednání nemocného. Důsledky této nemoci postihují nejen osobu a osobnost nemocného, ale i jeho okolí.

1.1. Příčiny psychózy

Tak jako každé onemocnění má i psychóza svou etiologii. Nedá se s přesností označit jeden konkrétní faktor, který psychózu vyvolává. Faktorů způsobujících toto onemocnění je celá řada.

Jak bylo zmíněno výše, psychotické onemocnění nevzniká na základě jednoho faktoru, ale na podkladu souboru vlivů biologických, psychologických a sociálních. Zásadním biologickým faktorem je dědičnost, dále pak nevyrovnané založení organismu včetně centrálního nervového systému. Na rozvoj psychózy mohou mít vliv i vrozené vady či odchylky právě výše zmiňované CNS. Samotná dědičnost je sice jedním z podstatných faktorů rozvoje zmiňovaného onemocnění, nicméně k jeho propuknutí není dostačující. Další vliv musíme hledat v raném dětství, kdy v důsledku dispozic dítě neadekvátně reaguje a zvládá stresové situace nebo se vyskytuje v nepříznivé rodinné atmosféře. Nezanedbatelným faktorem v tomto období je také porušení samotného raného vývoje dítěte. Na rozvinutí onemocnění mohou mít vliv i časté úrazy hlavy či zánět mozku nebo problémy s látkovou výměnou. Není zcela jasné, jakou mírou se jednotlivé vlivy na propuknutí onemocnění podílejí, proto se uvádí, že všechny tyto faktory dohromady vytváří takzvanou zranitelnost (vulnerabilitu). Tento pojem označuje zvýrazněné předpoklady pro rozvoj onemocnění jak v osobnosti, tak v organismu. Na vytváření vulnerability se také podílejí vlivy psychologické a sociální (Kalina, 2001).

1.2. Průběh psychózy

Jak už bylo řečeno výše, psychotické onemocnění je specifické svým průběhem a příznaky. Průběh psychózy můžeme rozdělit do několika období. Jako první období můžeme označit *fázi přípravnou – prodromální*. Ta je následována fází, kdy propuká samotná psychóza. Jedná se o takzvané *období rozvinutí psychózy – fáze ataky*, za níž přichází období, které je označováno jako *období vyhasínání – reziduální období*. Za poslední období je považováno *období úpravy – fáze remise*. Jednotlivé fáze se od sebe liší nejen průběhem, ale také délkou trvání. Ta je ovlivněna jednak případnou medikací, ale také jednotlivými druhy psychózy, o nichž bude pojednáno následně (Kalina, 2001).

V předchozí části bylo zmíněno, že k rozvinutí psychózy přispívá vytvořená zranitelnost. Stručně by se tedy dalo říci, že zranitelnost, v tomto slova smyslu, je neschopnost adekvátně zvládat stresové situace. K vyvolání psychózy už pak stačí soubor podnětů, který je souhrnně

označován jako spouštěč. Opět můžeme říci, že spouštěčem není jeden vliv, ale komplexní faktory, které se týkají všech sfér lidské osobnosti, tedy faktory biologické, psychologické a sociální. To znesnadňuje identifikaci konkrétního spouštěče. Spouštěčem mohou být nahromaděné závažné životní situace nebo dlouhodobě trvající stresová zátěž. Pokud bychom měli uvést konkrétní příklady spouštěče, mohou to být například nezvládnuté požadavky dospělosti a sociálního dozrání, osamostatnění se od původní rodiny, ale také zamilování, svatba, zkouška, promoce, změna povolání, či smrt nebo nemoc blízké osoby (Kalina, 2001). Dále se již budeme zabývat jednotlivými fázemi psychotického onemocnění.

1.2.1. Prodromální fáze

Nebezpečí psychotického onemocnění není pouze v dramatickém průběhu samotné ataky, ale také v tom, že počátek psychózy lze velmi těžko rozpoznat. Začátek onemocnění probíhá velice plíživě a projevuje se takzvanou přípravnou (prodromální) fází. Proto je velice těžké tento počátek podchytit a případně předejít možnému rozvinutí nemoci. Tato přípravná fáze je typická, jak její druhý název napovídá, výskytem prodromů. Prodromy jsou příznaky objevující se před propuknutím samotné nemoci. Prvotními příznaky mohou být: úzkost, rozlady, nesusouřadnost, únava, vztahovačnost, nespavost, či tělesné potíže (Kalina, 2001).

Identifikaci počínajícího onemocnění stěžuje také fakt, že nemoc se objevuje nejčastěji v období dospívání a rané dospělosti. Proto výše zmiňované příznaky mohou být okolím připsány jako projevy spojené s dospíváním. Díky tomu je tolerance vůči tomuto chování větší a tedy trvá déle, než se začne hledat odborná pomoc. Identifikaci prodromů ztěžuje také to, že mohou splývat s osobnostními rysy daného jedince, jehož osobnost již dříve vykazovala přítomnost pasivity, uzavřenosti a introvertovanosti. Dalšími prodromálními příznaky mohou být: neurčité bolesti hlavy, zad a svalů, trávicí obtíže a celková slabost. S těmito příznaky se pak jedinec opakovaně obrací na praktického lékaře, protože jak pro jedince, tak i pro jeho rodinu, je tělesné onemocnění spíše přijatelnější, než onemocnění duševní. Až po delší době dochází rodině i okolí, že se s jedincem něco děje, že se jistým způsobem mění a zhoršuje se jeho celkové fungování v práci, ve společnosti či ve škole. Postupem času se výše zmiňované obtíže stupňují a prohlubují, jedinec začne přemýšlet nad banálními věcmi a maličkostmi, může se objevit i zaujetí pro víru a okultismus. Podle několika studií prodromální fáze může trvat zhruba tři až pět let, než se projeví ataka (Praško, 2005).

1.2.2. Rozvinutí psychózy- ataka

Fáze akutních projevů psychotického onemocnění je nepříjemná samozřejmě pro samotného jedince trpícího touto nemocí, ale také i pro jeho okolí. Může vyvolávat nepochopení a někdy i dokonce strach.

Počátek onemocnění bývá velice nenápadný, jak už bylo zmíněno s prodromálními příznaky. Pouze v malém procentu případu dochází k rozvinutí psychotického onemocnění z plného zdraví. Třetina pacientů je vyléčena po první atace, v druhé třetině dochází k návratu onemocnění a v poslední třetině případů přechází nemoc do chronického stádia. Opakovaný návrat nemoci se nazývá relaps. Každý relaps je velmi vyčerpávající zejména pro jedince samotného, ale i pro jeho okolí. Předcházení relapsu se budeme věnovat v další části práce. V průběhu akutní fáze mohou však projevy psychózy odeznít velice rychle po nasazení léků, proto je důležité medikaci v žádném případě neodladovat (Praško, 2005).

V akutní fázi se plně rozvíjejí psychotické příznaky, jako jsou bludy a halucinace. Jedinec se nápadně mění ve svém chování, je apatický vůči běžným věcem, stává se výrazně introvertovaným. Projevuje se ztuhle nebo naopak působí neklidným dojmem, je zděšený, může se u něj objevit nespavost, časté jsou také problémy s jídlom (nemocný nejí). Chování nemocného se také vyznačuje nelogičností, bizarností a pro jeho okolí celkovou nepochopitelností. Citový život jedince je neadekvátní k situacím nebo je celkově přeorientován. To se projevuje tak, že nemocný přikládá význam pro druhé nepodstatným věcem a věci důležité a zásadní opomíjí. Toto převrácení a bizarní logiku jeho jednání zapříčiňuje uzavření do vlastního fantazijního světa, který je ostatním uzavřen, protože jedinec sám o něm mluví jen zřídka, můžeme na něj usuzovat pouze z projevů jedince samotného. Těmito pozorovatelnými znaky mohou být vyhýbavé nebo strnulé pohledy, neklid, podezřívavé jednání, naslouchání hlasům či úniky před vlivem fantazijních obrazů. Všechny výše zmiňované projevy psychotického onemocnění mohou být provázeny hypertrofovanými projevy emocí a změnami v chování. Vyvrcholením všech těchto výše zmiňovaných příznaků má za následek hospitalizaci nemocného na lůžkovém oddělení psychiatrické kliniky, kde je pacient pod odborným dohledem a je mu zde poskytnuta péče a medikace, která má za následek odeznění akutních psychotických stavů a projevů nemoci (Kalina, 2001).

V těchto obtížných chvílích jedincova života je třeba jemu i jeho rodině zdůraznit, že nemoc, kterou trpí, je léčitelná a co možná nejvíce se snažit pomoci lékařům v nápravě právě probíhajícího stavu (Praško, 2005). Léčbě a následné péči psychotických onemocnění bude věnována jedna z dalších částí této práce.

1.2.3. Fáze vyhasínání

Po zaléčení akutních příznaků psychotického onemocnění nemůžeme pacienta stále považovat za plně uzdraveného. Bezprostředně po prodělání ataky se pacient dostává do fáze vyhasínání.

Tato fáze může trvat různě dlouhou dobu. K vyhasnutí psychózy může dojít ze dne na den nebo se také může tato fáze prodloužit na týdny či měsíce. Během této fáze dochází k odeznívání psychotických symptomů. Dochází k blednutí fantazijního světa nemocného. Některé artefakty však přetrvávají nadále, jako například: podezřívavost, smutek, občas se objeví i auditivní halucinace. Tyto příznaky mohou být doprovázeny dalšími zbytkovými projevy, jako jsou pocity vyhasnutí, vnitřní prázdnoty a netečnosti. Tyto zbytkové příznaky jsou označovány jako reziduální symptomy. Pacient je v tomto období dále farmakologicky léčen za podpory dalších léčebných metod, jako je psychoterapie a socioterapie (Kalina, 2001).

Prodělání akutní fáze je zátěžová situace pro celý organismus i osobnost. Dochází k oslabení řady schopností i organismu jako celku. Jedinec se stane náchylnějším na změny jakéhokoli druhu, je citlivější na zátěž a to zejména na psychickou, ale i fyzickou. V průběhu onemocnění dochází i ke snížení intenzity společenského života. Nemocný přichází o celou řadu přátel, v mnoha případech i o práci, či musí zanechat školy. To u něj vytváří značnou frustraci. Mnohdy jedinec neví, jak se má zařadit zpět do běžného fungování a běžného života. V této fázi se může objevit komplex méněcennosti a strach ze stigmatu. V kontextu toho se mohou objevit úvahy na suicidální myšlenky a pokusy. V deseti procentech případů se jedná o dokonanou sebevraždu. Proto je v této fázi důležité nepřerušovat léčbu a dbát pokynů ošetřujícího lékaře (Praško, 2005).

1.2.4. Remise

Remisí je myšleno, že akutní psychotické projevy nemoci ustoupily. V některých případech mohou přetrvávat reziduální příznaky. V těchto případech hovoříme o neúplné remisi nemoci, ta může probíhat i delší dobu. Přetrvávání reziduálních příznaků je individuální a nelze předpokládat, u kterých pacientů dojde k úplné remisi a u kterých ne. Po vyléčení psychotického stavu však nemůžeme vyloučit relaps, protože i když dojde k remisi úplné, stále přetrvává zranitelnost a zvýšená citlivost. Recidivu onemocnění bohužel nelze úspěšně nijak předpovídat. K návratu onemocnění dochází v 60% případů. Aby se riziko recidivy zmírnilo, je třeba, aby rodina i pacient sám spolupracoval s terapeutem (Kalina, 2001).

V období remise je nejkritičtější doba prvních dvou až pěti let od první ataky onemocnění. V tomto období je pacient nejzranitelnější a riziko recidivy je největší. Důležité je v tomto období onemocnění kontrolovat a předejít tak případnému relapsu nebo zmírnit jeho dopad na pacienta. Při spolupráci s ošetřujícím lékařem se klient může naučit, jak příchod případného relapsu rozpoznat a předejít plnému rozvinutí. Jak bylo zmíněno, psychóza je způsobována neschopností zvládat stresové situace, proto je důležité ve fázi remise tyto situace nepodceňovat (Praško, 2001).

1.3. Dělení psychotických onemocnění

V předchozích částech jsme značnou pozornost věnovali psychóze. Důležité je říci, že psychóza není sama o sobě nemocí, ale je příznakem některého z psychotických onemocnění. Abychom se v těchto onemocněních dobře orientovali, budeme se řídit dělením dle Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR, který vydal Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (dále jen MKN-10; 2013).

Mezinárodní klasifikace nemocí zahrnuje seznam všech známých onemocnění. Diagnózy jsou označeny písmeny a dále číselně rozděleny. Všechna duševní onemocnění jsou vedena pod písmenem F a číselným označením 00-99. V této práci se budeme zabývat onemocněními neorganického původu a nemocemi, které nejsou spojeny s užíváním návykových a psychoaktivních látek. Konkrétněji se budeme zabývat nemocemi, jejichž hlavním příznakem je právě psychóza. Jedná se o diagnózy označované F-20 až F-29, tedy schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy. Do této kategorie spadají dle MKN -10 (2013) tyto nemoci:

- A) F -20 – Schizofrenie
- B) F -21 – Schizotypální porucha
- C) F -22 – Poruchy s trvalými bludy
- D) F -23 – Akutní a přechodné psychotické poruchy
- E) F - 24 – Indukovaná porucha s bludy
- F) F -25 – Schizoafektivní poruchy
- G) F -28 – Jiné neorganické psychotické poruchy
- H) F -29 – Neurčené neorganické psychózy

Většina těchto onemocnění má celou řadu poddiagnóz, nicméně pro přehlednost je uvedeno pouze základní rozdělení psychotických onemocnění.

Další část této práce bude věnována jednomu z vybraných onemocnění, a to tomu nejtypičtějším zástupci těchto nemocí. Tímto typickým zástupcem je schizofrenie.

2. Schizofrenie

Schizofrenie je typickým zástupcem psychotického onemocnění. V mezinárodní klasifikaci nemocí je vedena pod diagnózou F -20. V předchozí části jsme věnovali velkou pozornost popisu psychózy, která je hlavním projevem schizofrenie, proto se budou informace v této části prolínat s informacemi z části pojednávající o psychóze.

O schizofrenii byla napsána již celá řada publikací a byla sepsána již celá řada definic. Pojem schizofrenie je spojen, především mezi laickou veřejností, s rozštěpením osobnosti a je chápán jako existence dvou nezávislých identit v jedné osobě. Takovéto pojetí je však značně nevhodné, protože schizofrenní prožívání nelze takto ostře odlišit (Praško, 2005). Tomuto nešťastnému pojetí schizofrenie přispívá i definice podle Bleulera (1911), který pojímá schizofrenii jako: „*Termín pro rozštěpení osobnosti, resp. výskyt protikladných duševních pocitů, myšlenek, a postojů, které duš. nemocnému znemožňují normální život*“ (in Hartl & Hartlová, 2000, str. 534).

Slovo schizofrenie má sice kořeny v řeckém slovu „Schizo“, což znamená štěpit, nicméně nejedná se o štěpení v rovině osobnostní. Německý psychiatr Eugen Bleuler, který zavedl označení schizofrenie pro toto onemocnění, chtěl poukázat na přítomnost rozštěpení v rovině myšlení, chování a emočního prožívání (Praško, 2005).

Nabízí se tedy otázka, jak schizofrenii nejlépe definovat. Pokud se oprostíme od snahy definovat tuto nemoc pouze jedním nebo dvěma slovy, dostaneme komplexní charakteristiku onemocnění.

„Schizofrenie je duševní onemocnění charakterizované zásadní poruchou myšlení a vnímání oploštělou nebo neadekvátní emotivitou a narušenou schopností srozumitelného chování a jednání“ (Češková, 2005, str. 15).

Dále je toto onemocnění charakteristické výskytem halucinací, bludy, dezorganizovanou mluvou, dezorganizovaným a nelogickým chováním a narušením vnímání reality (Češková, 2005).

Tak jako každý jedinec je zcela individuální bytostí, tak i schizofrenie probíhá u každého nemocného zcela jedinečně. Průběh nemoci je sice víceméně stejný, ale specifické projevy jsou do značné míry ovlivněny jedincovou individualitou. Vzájemná provázanost mezi osobnostmi

nemocného a onemocnění samotným, odlišuje tuto nemoc od ostatních duševních onemocnění, ale také znesnadňuje její diagnostiku (Kučerová, 2010). Například člověk trpící neurózou může prožívat podobné pocity jako schizofrenik, jako je strach, úzkost, deprese a podobně, ale neurotika tyto strachy neparalyzují do takové míry, že by ho omezovaly v běžném každodenním životě (Jarolímek, 2006).

Psychotické onemocnění, jakým je schizofrenie, je velice závažná diagnóza. Závažnost onemocnění je také vyjádřena četností, s jakou je schizofrenie diagnostikována. Ta je diagnostikována cirká v 25% všech případů duševních onemocnění a schizofrenici tvoří celou polovinu hospitalizovaných pacientů s akutním duševním onemocněním. V celosvětovém měřítku patří schizofrenie mezi deset trvale invalidizujících onemocnění (Češková, 2005).

2.1. Výskyt schizofrenie

Nelze říci, že se schizofrenie vyskytuje u jednoho nebo u druhého pohlaví častěji. Výskyt je tedy u mužů i u žen stejný. Výskyt se pohybuje zhruba kolem jednoho procenta, to je 2 – 4 případy na 10 000 ročně. Rozdíl mezi pohlavími je ve věku, kdy se schizofrenie projeví. U žen se projevuje v pozdějším věku, a to mezi 25. a 35. rokem života. U mužů se pak projevuje dříve, a to v období mezi 15. a 25. rokem. Četnost výskytu onemocnění je nezávislá na kultuře či kontinentu (Češková, 2005).

Na výskyt schizofrenie má vliv přítomnost onemocnění v minulých generacích. Pokud se někdy v rodinné historii objevuje schizofrenie, zvyšuje se tím riziko onemocnění u dalších generací. Vyskytuje-li se schizofrenie u jednoho rodiče, je 10% pravděpodobnost, že se toto onemocnění vyvine i u dítěte. Trpí-li tímto onemocněním oba rodiče, vzrůstá tato pravděpodobnost na 40% (Praško, 2005). O dědičnosti bude také pojednáno v následující části.

2.2. Příčiny schizofrenie

Pro vznik a rozvinutí schizofrenie je třeba, zjednodušeně řečeno, jakéhosi koktejlu okolností a předpokladů. Nelze tedy říci, že schizofrenie je výsledkem jedné příčiny či jednoho faktoru.

Příčiny vzniku schizofrenie můžeme rozdělit do několika skupin, které mezi sebou interagují. Těmito skupinami jsou vlivy biologické, vlivy prostředí a vliv aktuálních událostí (Praško, 2005).

Významným biologickým faktorem je pak dědičnost. Že dědičnost hraje v etiologii schizofrenie významnou roli, dokládá řada genetických studií rodin dvojčat a adoptivních jedinců. Jak už bylo zmíněno výše, děti rodičů trpících schizofrenií jsou vystaveny 10x většímu riziku, že touto nemocí onemocní. Co se týče výzkumu dvojčat, bylo zjištěno, že pravděpodobnost výskytu schizofrenního onemocnění u obou dvojčat je vyšší, pokud jsou tato dvojčata monozygotní (jednovaječná). Tato pravděpodobnost u monozygotních dvojčat je 44,3 %. U dizygotních (dvouvaječných) dvojčat je tato pravděpodobnost menší, a sice 12,1 %. Současné vědecké poznání již dokonce odhalilo, kde by se mohly nacházet geny zodpovědné za vulnerabilitu pro schizofrenii (Češková, 2005).

Můžeme říci, že za schizofrenii ze 70% zodpovídá právě dědičnost. Za toto onemocnění však nezodpovídá pouze jeden gen. Těchto genů se musí sejít více, a proto ne vždy přítomnost této nemoci v rodině musí znamenat rozvoj schizofrenie u dalších členů. Můžeme tedy spíše říci, že se dědí pouze dispozice k tomuto onemocnění, nikoli však nemoc jako taková (Praško, 2005).

Jak už bylo řečeno výše, schizofrenie vzniká interakcí více faktorů. Dalšími faktory, které přispívají k rozvoji tohoto onemocnění, jsou faktory vnější, tedy negenetické. Těmito negenetickými faktory může být například onemocnění související s dysfunkcí centrální nervové soustavy, intrauterinní komplikace, jako je například virová infekce plodu nebo abúzus návykových látek (alkohol, amfetaminy). Tyto faktory mohou negativně ovlivnit vývoj mozku, což může vést k vytvoření zvýšené citlivosti na stres (Češková, 2005).

Spojení genetických a negenetických faktorů může tedy způsobit narušení vývoje CNS. To se může projevit špatnou komunikací mezi mozkovými buňkami, tedy neurony. Toto narušení komunikace dokáže mozek do jisté míry díky své plasticitě kompenzovat. Pokud je však narušení komunikace mezi neurony širšího rázu, objevuje se psychóza. Snížená komunikace mezi neurony je s největší pravděpodobností způsobena sníženým počtem neuronových spojení, kterých je ve zdravém mozku až 10^{15} . Dalším důvodem pro narušení komunikace mezi neurony může být narušení myelinové pochvy. Posledním důvodem může být duplicitní rozmístění mozkových center, čímž je myšleno to, že některá centra se vyskytují v obou hemisférách a ne pouze v jedné tak, jak tomu bývá u zdravého mozku (Praško, 2005).

Samotné narušení komunikace neuronů vytváří v životě nemocného sice problémy, ale nestačí k vytvoření bludů nebo halucinací. Toto narušení komunikace má za následek problémy kognitivního rázu. O těchto problémech blíže pojednáme v další části práce. Komunikační narušení mozkových buněk má za následek vytvoření biochemických změn týkajících se především produkce dopaminu. Dopamin funguje v součinnosti s limbickým systémem, ten má na starosti v tomto případě přiřazovat informacím buď kladnou, nebo zápornou emoci. Dopamin funguje

jako jakýsi ukazatel důležitosti informací. Dostane-li se tedy do limbického systému zvláště důležitá informace, je označena dopaminem jako informace vysoké důležitosti bez ohledu na to, jakou emoci ji limbický systém předtím opatřil. Zjednodušeně řečeno dopamin třídí informace na důležité a nedůležité. Problém nastává, když selhává dopaminová kontrola. Dochází tak k nekontrolovatelnému vyplavování dopaminu a tedy k svévolnému označování různých informací za důležité. Lze si to představit následovně. Jedinec s narušenou dopaminovou kontrolou jde po ulici a jeho pohled se střetne s pohledem kolemjdoucího. Právě v tento moment dojde k vyplavení dopaminu a označení této události za důležitou. Stejně náhodné označení může nastat v jiné situaci, například při náhodném zachycení části cizího hovoru, či při průjezdu auta. Díky tomuto množství dopaminem označených informací je mozek přehlcn spoustou pro něj důležitých událostí, a proto musí najít řešení, jak se s tím vypořádat. Prostředkem pro vyrovnání se s tímto zahlcením informacemi je vytvoření bludu, v tomto popsaném případě bludu, kdy si člověk myslí, že je sledován či pronásledován (Praško, 2005).

Nejnovější studie však prokázaly, že na vzniku schizofrenie se nepodílí pouze dopamin, ale i další produkty endokrinní soustavy, jako je acetylcholin a serotonin. Tyto látky v interakci s narušenou sekrecí dopaminu a v interakci s dalšími látkami výrazně ovlivňují propuknutí psychotického stavu, který je pro schizofrenii příznačný (Brisch, Saniotis, Wolf & kol., 2014).

2.3. Příznaky schizofrenie

Pokud chceme hovořit o příznacích schizofrenie, můžeme je rozdělit do několika kategorií. Tyto kategorie rozlišujeme na základě toho, jak se na jedinci trpícího tímto onemocněním podepisují, zda mu v jeho osobnosti něco chybí nebo naopak přebývá. Hovoříme tedy potom o čtyřech skupinách příznaků.

- A) Skupina pozitivních příznaků
- B) Skupina negativních příznaků
- C) Skupina kognitivních příznaků
- D) Skupina afektivních příznaků

Než se však všechny tyto příznaky projeví, projde jedinec takzvanou prodromální fází, o níž bylo pojednáno v jedné z předchozích kapitol. Prodromální fáze může trvat různě dlouhou dobu, od několika měsíců až po dobu několika let. Onemocnění přichází velice plíživě a nenápadně. Mnohdy si okolí všimne, že se něco děje až s příchodem akutní fáze onemocnění.

Jedinec v prodromální fázi může prožívat pocity zmatenosti, může si připadat vyčerpaný nebo naopak přehnaně aktivizovaný. Jedinec může pociťovat vnitřní napětí bez nějakého objektivního důvodu. Postupně se tito lidé vyvazují ze sociálních kontaktů, trpí autismem. S rostoucím uzavíráním se do sebe si začíná nemocný vytvářet zvláštní souvislosti, které ho zúzkostňují, roste v něm podezřavost. S rostoucí podezřavostí trpí i výraznou vztahovačností. Vnitřní svět i okolí přijde nemocnému neurčitý, jakoby cizí. Nejasné významy se proměňují až s akutními příznaky nemoci, kdy určitosti dodávají bludné představy (Praško, 2001).

2.3.1. Pozitivní příznaky

Pozitivní příznaky jsou nejčastější příčinou hospitalizace nemocného. Nejedná se tedy, jak by se na první pohled mohlo zdát, o příznaky, které by přinášely nemocnému něco dobrého. Tyto příznaky jsou vyvolány zvýšenou produkcí dopaminu, o které jsme se již zmiňovali v předchozích částech (Češková, 2005).

Zjednodušeně řečeno, pozitivní příznaky znamenají změnu v kvalitě vnímání a myšlení. Porušeným vnímáním vznikají halucinace. Porušeným myšlením vznikají bludy (Praško, 2005).

Halucinace je pak definována jako: „*klamný vjem, vzniká chorobně bez příslušného podnětu; nemocný je nevyvratně přesvědčen o jeho existenci; mívá silný afektivní náboj...*“ (Hartl & Hartlová, 2000, str. 183).

Když se řekne halucinace, většina lidí si představí, že někdo vidí něco neexistujícího. Tato představa je přesná jen z části. Halucinace se totiž nemusí týkat jen vnímání zrakového, ale může postihovat všechny smysly. Jak už bylo řečeno, většina lidí má slovo halucinace spojené s vidinami. Ty však paradoxně nejsou tak časté, jako například halucinace sluchové. Ty se mohou projevovat v podobě jednotlivých zvuků například jako škrábání, tikání či zvonění. V nebezpečnější podobě se mohou sluchové halucinace projevovat jako hlasy, které mluví k nemocnému. Na základě těchto hlasů pak nemocný může i jednat. Dalším druhem halucinací jsou halucinace intrapsychické. Při těchto halucinacích nemocný trpí pocitem, že mu jsou odnímány myšlenky z hlavy nebo naopak, že mu jsou myšlenky do hlavy vkládány. Postižený může mít i dojem, že jsou jeho myšlenky slyšitelné všem v jeho okolí. Při zrakových halucinacích může nemocný vidět pouze elementární úkazy, jako jsou záblesky, barvy nebo tvary nebo tyto halucinace mohou dosahovat komplexní podoby, kdy nemocný vidí celé obrazy či situace. Halucinace spojené s čichovým smyslem jdou většinou ruku v ruce s halucinacemi chuťovými. Postižený může cítit nepříjemné zápachy či vůně, ty mohou být spojeny s vnímáním pachuti v ústech. Ve spojení s perzekučním bludem, o němž bude pojednáno níže, může nemocný trpět

přesvědčením, že ho někdo otrávil plynem nebo jedem. Halucinace mohou dosahovat i tělesné úrovně, kdy zažívá nemocný nepříjemné pocity na těle. Tyto halucinace se mohou objevovat v podobě pálení, svědění, brnění či pocitů elektrizování v končetinách. Mohou se však vyskytnout v podobě, kdy si jedinec myslí, že se mu změnila stavba tělesných orgánů (Praško, 2001).

Blud je charakterizován jako: „*chorobné, mylné přesvědčení, které je na rozdíl od omylu nevyvratné; mívá silný afektivní náboj; po vymizení bludu zhusta zůstává prázdnota a smutek...*“ (Hartl & Hartlová, 2000, str. 79).

Blud je produktem chybného myšlení. Jedná se o nevyvratitelnou falešnou představu, o které je nemocný skálopevně přesvědčen. Blud nevzniká ze dne na den, ale vytváří se na podkladě prodromálních příznaků, zejména na chorobné podezřívavosti a vztahovačnosti. Stejně jako halucinace mohou mít i bludy různou podobu. Nejčastěji se u pacientů vyskytují bludy perzekuční. V tomto případě má pacient nevyvratitelné pocity, že je někým sledován, pronásledován nebo že mu dokonce někdo usiluje o život. Výjimkou nejsou však ani bludy makromanické, kdy je pacient přesvědčen o tom, že je nadán nějakou výjimečnou schopností nebo že ovládá nějakou nadpřirozenou sílu. Makromanický blud se může vyskytnout i v takové podobě, že je nemocný přesvědčen o svém urozeném původu. Opakem makromanického bludu je pak blud mikromanický, kdy je nemocný přesvědčen o své bezvýznamnosti. Obviňuje se za věci, za které zjevně nemůže, například za současnou politickou situaci a podobně. Bludy jsou nebezpečné zejména proto, že jedinec, který je v jejich zajetí, může na jejich základě radikálně měnit chování. Může se z obavy z pronásledování úplně izolovat od okolního světa, a to velice radikálním způsobem. Přerušuje veškeré styky s okolím, a to v takové míře, že nevychází ze svého bytu, kde je doslova zabarikádovaný. V případě makromanického bludu se jedinec obává provádět různé činnosti, aby v důsledku jeho nadpřirozených sil nedošlo ke zničení světa a podobně. Při onemocnění schizofrenií dochází k porušení myšlení i na formální úrovni (Praško, 2001).

Může se však také stát, že došlo k zdánlivému rozvoji myšlení, protože nemocný začne rozvíjet filosofické myšlenky, myšlenky o smyslu života, přemýšlí nad podstatou světa, přemítá nad tím, co je dobro a zlo. Bohužel v tomto případě většinou nedochází k nějakému konstruktivnímu závěru nebo hůř si tímto pseudofilosofováním jedinec vytvoří chorobnou představu o světě (Kučerová, 2010).

Myšlení nemocného je nesouvislé, pro okolní svět nelogické. Jedinec hovoří nesouvisle bez logických souvislostí. Jeho projev je obšírný, rozvláčný a zabíhavý. V některých případech dosahuje dezorganizovanost mluvy takové intenzity, že jedinci není rozumět vůbec. V tomto případě se pak hovoří o slovním salátu (Praško, 2005).

2.3.2. Negativní příznaky

Negativní příznaky, jak už samo pojmenování napovídá, jsou opakem příznaků pozitivních. Negativní příznaky osobu a jeho osobnost ochuzují o řadu aspektů duševního života a jako celá nemoc mění pacientovo prožívání.

Tyto příznaky souvisí opět s již zmiňovanou činností dopaminu. V tomto případě se nejedná o hypersekreci dopaminu, ale naopak dochází ke snížení jeho produkce v určité části mozku, konkrétně se jedná o část frontálního kortexu. Ten zodpovídá za prožívání emocí (Češková, 2005).

Negativní příznaky nejsou na první pohled tak výrazné a nápadné, jako jsou bludy a halucinace. Může se tedy zdát, že tyto příznaky nejsou tak závažné. Závažnost těchto příznaků tkví v tom, že tyto příznaky jsou hůře léčitelné. V důsledku nižší koncentrace dopaminu v prefrontálním kortexu dochází k ochuzení emočního života jedince. Toto ochuzení se netýká pouze emotivity, ale celé osobnosti včetně myšlení. Objevuje se i oslabení nebo úplné vymizení motivace. Toto vymizení motivace může mít za následek zanedbávání základních hygienických návyků. S ochuzením emotivity se objevuje i ztráta zájmu o sociální kontakt. Jedinec se straní svých přátel v důsledku vychudnutí citového života. Nemocný nabývá dojmu, že se ho jeho život netýká (Praško, 2001).

Emoční oploštělost se projevuje ochuzením v prožívání zážitků. Jedinec neprožívá zážitky do hloubky. Oploštění se týká i prožívání radosti a smutku. Navenek se takovýto člověk může jevit jako lhostejný, bezcitný a chladný. Společně s emoční oploštělostí se může objevovat apatie. Dalším negativním příznakem je absence vůle, takzvaná abulie nebo také hypobulie. Jak už bylo řečeno, v extrémních případech dochází k absenci vůle v takové míře, že jedinec zanedbává osobní hygienu. V lehčích případech by nemocný rád něco dělal, ale bohužel toho není schopen. Jeho vůle nedosahuje takové úrovně, aby se přinutil k nějaké činnosti. Zchudnutí myšlení se projevuje ztrátou rozmanitosti řečové produkce. Nemocný není schopen popisu pocitů, přání a popisu situací. Vyjadřování jedince je jednoduché, nejčastěji v holých větách, a pouze v podobě odpovědi na otázku. Společně s omezením slovní produkce dochází i k omezení slovní zásoby. Dále se vychudnutí myšlení projevuje stereotypní mluvou. Jedinec opakuje stejná slova, slovní spojení a celkově se jeho mluva projevuje slovní neobratností. Pacient, prodávající schizofrenii, trpí úzkostí. Tyto úzkosti nemusí být na první pohled zřetelné pro pacientovo okolí. Někdy může anxiózní prožívání vést až k sebevraždě. Společně s anxiétou se velmi často objevuje depresivní prožívání. Roku v ruce s již zmiňovanou emoční oploštělostí se depresivita stává těžko odhalitelnou a tudíž i obtížně léčenou. Depresivita sama o sobě, tak jako úzkost, může vést též

k sebevraždě. Pokud se tyto dva fenomény spojí, tvoří velice nebezpečnou kombinaci příznaků. Deprese u schizofrenie je jedním ze závažných příznaků, proto se jí budeme blíže věnovat v jedné z následujících kapitol (Kučerová, 2010).

Nebezpečí negativních příznaků tkví v tom, že ve většině případů nejsou okolí na první pohled zřetelné. Tyto příznaky postihují také sociální složku pacienta. Díky abulii a celkovému zanedbávání své osoby přichází o přátele. Abulie má pak za následek, že je u okolí jedinec vnímán jako líný a neochotný něco dělat. Díky této nevědomosti je okolí pak k nemocnému jedinci přehnaně kritické. Tento přehnaný kriticizmus může průběh nemoci zhoršit nebo přispívat k relapsu (Jarolímek, 2006).

2.3.3. Kognitivní příznaky

Další skupinou příznaků, doprovázejících schizofrenní poruchu, jsou příznaky postihující kognitivní funkce nemocného.

Kognitivními funkcemi jsou myšleny ty funkce, které zajišťují poznávání (Hartl & Hartlová, 2000). Mezi kognitivní funkce patří paměť, koncentrace, pozornost, řeč, exekutivní funkce a tak dále.

Nejčastěji narušenými kognitivními funkcemi bývá právě paměť, exekutivní funkce, pozornost a učení. Exekutivními funkcemi rozumíme ty funkce, které jsou zodpovědné za rozhodování. V souvislosti s narušením těchto funkcí mluvíme o takzvané kognitivní deficienci. Kognitivní deficit má pak za následek, že nemocný selhává v každodenních činnostech: v práci, ve studiu. Nemocnému v úspěchu v těchto běžných situacích brání narušení schopnosti se soustředit, neschopnost třídit informace podle důležitosti a narušení schopnosti zpracovávat a analyzovat informace. Člověku se schizofrenií dále dělá problém plánování a realizace činností, dále mu činí také obtíže řešit problémy. Kognitivní příznaky ve spojení s příznaky negativními bývají častým důvodem pro oddálení návratu do běžného života. Po zaléčení bludů a halucinací, tedy akutní fáze onemocnění, však tyto příznaky přetrvávají a zabraňují začlenění zpět do pracovního procesu (Praško, 2001).

Nezbytnou podmínkou pro návrat do běžného života je důležité, aby nebyly narušené exekutivní funkce. Ty mají na starosti iniciaci a plánování, řešení úkolů. Bez těchto elementárních schopností se člověk špatně začleňuje do pracovního procesu i do sociálních vztahů (Češková, 2005).

2.3.4. Afektivní příznaky

Častými průvodními příznaky bývají také poruchy nálady a emotivity. Tyto poruchy jsou označovány jako afektivní příznaky.

Tyto afektivní příznaky se mohou objevit kdykoli v průběhu nemoci. Nejčastějšími afektivními příznaky jsou změny nálad, nejčastěji negativního rázu, jako jsou úzkosti, depresivita, nejistota, stavy vnitřního napětí, pokleslá nálada a zoufalství. Změny nálad se mohou objevit i v opačném smyslu v podobě stavů manických. Objevuje se tedy přehnaně veselá nálada, hypertrofované sebevědomí a celkově neobvykle zvýšená aktivita. Jak už bylo zmíněno, afektivní příznaky se mohou objevit v kterékoli fázi onemocnění, tudíž mohou být prvními příznaky blížící se psychózy. Častěji se však tyto příznaky objevují po odeznění akutní fáze schizofrenního onemocnění. Dalším nezřídka se vyskytujícím afektivním příznakem je pocit méněcennosti. Ten se často objevuje s návratem do reality, respektive s uvědoměním si reality probíhající nemoci. Nemocného trápí strach z toho, že se již nevyлéčí nebo že se nebude moci vrátit do normálního života, objevuje se strach i ze stigmatizace. Tyto negativní pocity mohou vést až k sebevražedným myšlenkám. V těchto případech hovoříme o takzvané postschizofrenní nebo postpsychotické depresi. Tento druh deprese je nebezpečný v tom, že pokud není včas zachycen a úspěšně léčen, mohou myšlenky na sebevraždu, které jsou pro tento typ deprese příznačné, vést k pokusu nebo hůře k úspěšné sebevraždě (Praško, 2005).

Tento druh depresí je veden jako samostatná diagnostická jednotka mezinárodní klasifikace nemocí pod označením F 20. 4 (MKN-10, 2013).

2.3.5. Deprese u schizofrenie

Jak bylo řečeno v předchozí části, je deprese fenomén, který může schizofrenii doprovázet v kterémkoli jejím stádiu. Etiologie depresivity u schizofrenie není doposud objasněna. Existují však tři teorie, které hovoří o vztahu psychózy a deprese: (Maršálek, 2007).

- Psychóza vyvolává depresi
- Deprese vyvolává psychózu
- Psychóza i deprese se vyskytují jako zásadní příznaky jednoho onemocnění

Hypotéza vztahu psychózy a deprese zastávající názor, že psychóza vyvolává depresi, vychází ze studií, které zjistily pozitivní korelaci mezi pozitivními příznaky a rozvojem psychózy v rané fázi onemocnění. Dále tato úvaha staví na myšlence, že deprese vzniká jako reakce na

prodělanou psychózu. Knight a Hirsch (1981) hovoří o takzvané odkryté depresi. Jejich teorie staví na tom, že deprese se objevuje, „odkrývá“, po odeznění nápadných příznaků schizofrenie (in Maršálek, 2007).

Druhou hypotézou vztahu deprese a psychózy je hypotéza, která tvrdí, že deprese vyvolává psychózu. Tato hypotéza staví na klinickém pozorování, kdy je deprese prvotním příznakem blížící se psychózy nebo jejího relapsu. Některé studie uvádějí, že existuje vztah mezi výskytem deprese v rodině a jejím rozvojem při onemocnění schizofrenie. Jiné studie však toto tvrzení vyvrací. Tento vztah tedy pravděpodobně bude ovlivněn vnějšími vlivy (Maršálek, 2007).

Hypotézu, která považuje psychózu a depresi za rovnocenné příznaky jednoho onemocnění, zastává celá řada autorů. Jak je uvádí Koreen (1992) a Tapp (2001), deprese se projevuje společně s psychózou a společně se také zhoršují i společně odeznívají (in Maršálek, 2007).

Jak bylo řečeno, deprese se v souvislosti se schizofrenií může vyskytovat jako samostatný fenomén, který má samostatnou diagnostickou jednotku. V MKN-10 (2013) je tento druh deprese zařazen pod schizofrenií a to konkrétně jako diagnóza F – 20.4. Postschizofrenní deprese může být diagnostikována po nejméně ročním výskytu schizofrenie, respektive s ročním výskytem pozitivních nebo negativních příznaků a vyloučení organické příčiny (Maršálek, 2007).

2.4. Léčba

Léčba schizofrenie, respektive všech psychotických onemocnění, spadá do druhého ze tří pilířů prevence duševních onemocnění. V tomto pilíři není zakotvena pouze léčba, ale také diagnostika onemocnění. V prvním pilíři je zakotvena péče, která má předcházet vlastnímu vzniku nemoci, jako je zvládání stresových situací a podobně. Třetí pilíř se pak zabývá nápravou a navrácením nemocného do běžného života, tedy rehabilitací nemocného (Baštecká & kol., 2003).

V mnoha případech se léčba neobejde bez hospitalizace. K té dochází v momentě, kdy je nemocný nebezpečný sobě nebo svému okolí. Ve většině případů nemocný s hospitalizací souhlasí, ale pokud tomu tak není, může být hospitalizován proti své vůli a to podle § 23 zákona 20/1996 v platném znění. Hospitalizace by však měla trvat jen nezbytně dlouhou dobu, aby došlo k co nejmenšímu narušení sociálních vazeb, a aby nedošlo ke ztrátě sociálních návyků. I přes veškerou snahu bohužel délka hospitalizace duševně nemocného v ČR patří k nejdelším v Evropě a v průměru trvá 114 dní. Při hospitalizaci by mělo dojít k zaléčení akutních příznaků psychotického onemocnění a pacient by měl přejít do péče denních stacionářů, které by měly

zajišťovat následnou péči. Ne vždy se tomu tak děje, a to z důvodů nedostatečného počtu těchto zařízení (Motlová & Španiel, 2013).

V minulosti byla léčba schizofrenie a nemocí podobného druhu spojena s velmi malou úspěšností. S postupem času a rozvojem léčebných technik, zejména pak vzhledem k pokroku ve vývoji psychofarmak, procento úspěšně léčených pacientů výrazně vzrostlo. Bohužel ve značné části populace tyto neúspěchy zůstaly zakořeněny a nahlíží na možnosti léčby skepticky (Praško, 2005).

Léčba schizofrenie, respektive psychotických onemocnění obecně, není postavena na jednom léčebném aspektu. Je třeba k léčbě tohoto onemocnění přistupovat komplexně. Do komplexní péče je zahrnuto v první řadě podávání léků (farmakoterapie), nedílnou součástí je pak psychoterapie a následně pak snaha o postupné znovuzačleňování pacienta do běžného života, tedy zapojovat klienta do rehabilitačních programů. To se ne vždy bohužel daří. Ideálním stavem je, když se do léčebného procesu zapojí i rodina nemocného (Kučerová, 2010).

V rámci psychoterapie je důležité s pacientem hovořit a komunikovat. To nemusí být vždy tak jednoduché, jak se na první pohled zdá. Tato komunikace vyžaduje spoustu zkušeností a komunikační obratnosti. Neúspěchy v komunikaci nebo chyby, kterých se terapeut může dopustit, mohou mít vliv na léčebný proces nebo na vytváření důvěry k ošetřujícím. Důležité je například hovořit také o běžných denních aktivitách nemocného a podporovat tak terapeutický vztah a neulpívat stále na tématech týkající se přímo nemoci, tedy například nehovořit s pacientem pouze o jeho bludech či halucinacích (Kučerová, 2010).

Stěžejní roli v léčbě, jak už bylo uvedeno výše, hraje psychofarmakologická terapie. Antipsychotika působí jako léčebný preparát k odstranění závažných projevů psychózy, ale také jako prevence relapsu nemoci. Jak už bylo zmíněno v předchozích kapitolách, bludy vznikají nedostatečnou regulací sekrece dopaminu, který určuje důležitost dané informace. Antipsychotika fungují na principu blokace sekrece dopaminu v limbickém systému (Motlová & Španiel, 2013). Pro zlepšení účinků antipsychotik mohou být použity některé podpůrné látky. Bylo prokázáno, že touto podpůrnou látkou může být estrogen, který napomáhá léčbě ženám s chronickou schizofrenií (Ghafari, Fararouie, Shirazi & kol., 2013). Antipsychotika můžeme rozdělit do dvou hlavních skupin. Jsou to antipsychotika 1. generace, tzv. klasická, která se dále dělí podle chemické struktury a klinického obrazu. Dále pak máme antipsychotika 2. generace, tzv. atypická antipsychotika, která se dále dělí podle receptorového profilu. Typickým zástupcem antipsychotik první generace je pak Haloperidol a zástupcem za druhou generaci je pak Sulpirid. Farmaceutický trh však nabízí celé spektrum různých přípravků (Češková, 2005).

Studie zabývající se efektivitou antipsychotik prokázala, že léky druhé generace nesou menší riziko předčasného ukončení léčby (Kahn, Fleischhacker, Boter & kol., 2008).

3. Komunitní psychiatrie

V této části práci se zaměříme na jeden z již zmiňovaných pilířů. Tímto pilířem bude pilíř terciární, o němž jsme se zmiňovali v předchozí kapitole. Tento pilíř si klade za cíl zmírnění nepříznivých dopadů nemoci na jedince. Do tohoto pilíře spadá jedinec, u kterého je předpoklad, že je schopen běžného a plnohodnotného fungování ve společnosti s tím, že potřebuje buď stálou, nebo jen občasnou podporu „z vnějšku“ (Baštecká & kol., 2003). Na této podpoře se podílí takzvaná komunitní psychiatrie, která má za cíl léčbu pomocí podpory, pomoci a umožnění života mimo psychiatrická zařízení, a to co možná nejkvalitnějším způsobem. Do komunitní psychiatrie spadá poskytování krizových služeb, provoz komunitních center a stacionářů, zprostředkovávání domácí léčby a v neposlední řadě podpora v zaměstnání (Češková, 2005). Cílem komunitní psychiatrie není zastupovat klienta (rehabilitovaného) v jeho denních činnostech, ale ukázat mu cestu jejich zvládnutí a poskytnout mu podporu a navrátit klientovi nemocí mnohdy značně poničené sebevědomí (Baštecká & kol., 2003). Cílem komunitních služeb je tedy osamostatnit se, proto se komunitní služby řídí etickými zásadami. Mezi tyto zásady patří: zachování důstojnosti, respekt k soukromí, umožnění individuálního rozhodnutí, naplnění lidských práv, realizace vlastní aspirace (Novák, Smékalové, & Lauerermann, 2005).

Rizikové faktory, jako jsou například nedodržení dávkování léčebných preparátů, stres, užívání návykových látek (drogy, alkohol), emočně vypjaté situace, chaotický a dezorganizovaný životní styl, ztráta zaměstnání nebo partnera, obecně řečeno všechny situace, které jsou nějakým způsobem kritické pro nemocného, mohou komplikovat léčbu nebo přispět k relapsu nemoci. Těmto rizikovým situacím se snaží předcházet právě komunitní psychiatrie (Praško, 2005).

3.1. Rehabilitace

Světová zdravotnická organizace rehabilitaci definuje jako souhrnná opatření, která jsou potřebná k navrácení nemocného nebo postiženého člověka zpět do společenského života (Novosad, 2006). Slovo rehabilitace vychází z řeckého „habilitas“, vyjadřující schopnost, a připojením přípony „re“, což znamená navrácení. V kontextu s popisovaným tématem

hovoříme o takzvané psychiatrické rehabilitaci. Dříve se používal a dodnes se také používá pojem psychosociální rehabilitace. Oba tyto pojmy zahrnují komplexní přístup při nápravě problémů spojených s duševním onemocněním s tím rozdílem, že pojem psychosociální rehabilitace vyčleňuje biologickou léčbu a naopak zdůrazňuje sociální část rehabilitace (Pěč, Vachková, Wogurková & kol. in Pěč & Probstová, 2009).

Hlavním cílem rehabilitace je zajištění zvýšení samostatného fungování jedince za postupného snižování odborného dohledu, respektive odborné péče. Jejím výsledkem by pak mělo být naplnění požadavků nejen okolí (úspěch), ale i vnitřních požadavků rehabilitovaného jedince (uspokojení). Řada nemocných díky kvalitní psychiatrické léčbě, která dostatečně potlačuje symptomy, nemusí být již hospitalizována, ale kvalita jejich života nemusí být uspokojivá v důsledku funkčních deficitů. Ty se snaží rehabilitace snižovat (Pěč, Vachková, Wogurková & kol. in Pěč & Probstová, 2009).

Úspěch rehabilitačního procesu závisí především na pracovnících jednotlivých rehabilitačních zařízení. Dovednosti a znalosti těchto pracovníků jsou jasně definované. Tyto dovednosti nevycházejí pouze z rehabilitačního prostředí, ale jsou multioborové. Spadají sem znalosti psychoterapeutické (znalosti kognitivně behaviorální terapie), dále pak znalosti kognitivní rehabilitace, které napomáhají odstraňování překážek, jež komplikují rehabilitaci a případové vedení (Pěč, Vachková, Wogurková & kol. in Pěč & Probstová, 2009). V posledních letech studie v oblasti kognitivní rehabilitace ukazují, že je vhodné zapojení moderních technologií, jako jsou rehabilitační metody za pomoci počítače. S pomocí těchto metod dosahují klienti lepších výsledků než při aplikaci běžných metod kognitivní rehabilitace (Lee, 2013).

Stejně tak, jako celý léčebný proces, tak i proces rehabilitační, se nezabývá pouze jednou sférou duševního života jedince. Rehabilitace se zaměřuje na pracovní oblast, oblast bydlení a na rehabilitaci v oblasti sociálních kontaktů a organizaci volného času.

3.1.1. Pracovní rehabilitace

To, že schizofrenie a psychotická onemocnění postihují celou řadu psychických funkcí a aspektů duševního života, bylo zde již řečeno mnohokrát. Často zde bylo také zmiňováno, že jsou narušeny sociální vazby. Co ještě zmíněno nebylo je, že málokterý člověk trpící schizofrenií je schopen navštěvovat zaměstnání a vykonávat svou práci v takové kvalitě, aby si zaměstnání udržel. Dnešní doba je nastavena tak, že se od jedince očekává stoprocentní výkon každý den jeho kariéry. Proto, když si představíme člověka trpícího například paranoidními bludy, je nám jasné, že takovýto člověk si práci udrží jen velice těžko. Není proto divu, že 90% jedinců trpících právě touto

nemocí jsou nezaměstnaní a nejsou schopni samostatného fungování, a to v mnohých případech i po odeznění akutních příznaků nemoci, mnohdy totiž přetrvávají příznaky negativní, které jedinci brání v návratu k normálnímu způsobu života (Češková, 2005).

Zaměstnání samo o sobě plní hned několik funkcí. Jednak plní funkci ekonomickou, ale také funkci sociálně psychologickou, té se budeme věnovat podrobněji.

Sociálně psychologický vliv práce na člověka rozpracovali autoři Creed a Macintyre (2001) do několika stěžejních myšlenek. Dle těchto autorů práce kopíruje časovou strukturu života a dává tak jedinci povědomí právě o jeho strukturovanosti. Dále práce rozšiřuje spektrum lidí, mezi kterými se jedinec pohybuje a přispívá tak k uvědomění si názorové rozmanitosti a k rozvíjení vnímání individuality každého jedince. Dále vytváří potřebu spolupráce s dalšími členy pracovního týmu. A v neposlední řadě, práce zamezuje pasivitě (Pěč, Vachková, Wogurková & kol. in Pěč & Probstová, 2009). Právě pasivita je jedním z negativních příznaků a v jejím důsledku mohou přetrvávat i mnohé další negativní příznaky, jako je například sociální vyčleněnost a podobně.

Na pracovní rehabilitaci můžeme nahlížet dvojím způsobem. Jednak z pohledu rehabilitovaného a pak z pohledu rehabilitujícího, tedy zaměstnance rehabilitačního centra. Tento odborník pohlíží na tento druh rehabilitace jako na soubor aktivit vedoucích k uzdravení nemocného a ke zvyšování pracovních kompetencí daného člověka. Další metody rehabilitace se zaměřují na ovlivnění prostředí. Rehabilitace tedy má dva hlavní aspekty. Prvním z nich je příprava klienta na výkon a zařazení do pracovního procesu. Druhý aspekt je pak zaměřený na vytváření přiměřených pracovních podmínek nebo pracovních míst. Tyto aspekty definovali Wilken a den Hollander (1999). Michon a van Weeghel (1999) definovali pojetí rehabilitace z pohledu klienta. Klientovi tedy rehabilitace přináší podporu k výběru, získání a udržení vhodné pracovní pozice (Pěč, Vachková, Wogurková & kol. in Pěč & Probstová, 2009).

Z výše zmíněných informací o pracovní rehabilitaci vyplývají její funkce: příprava, adaptace, podpora v chráněných pracovních podmínkách a podpora ve standardních pracovních podmínkách. Do přípravy patří například vzdělávání v pracovní oblasti. Klient je tedy připravován na budoucí zaměstnání. Adaptační funkce zajišťuje klientovi sžití se s podmínkami a vyrovnávání se situacemi vyplývající z pracovního závazku. Ve třetím případě, tedy v případě, že klient pracuje na chráněném pracovišti, je cílem vytvořit pracovníkovi takové podmínky, aby u této práce setrval. Toto se týká těch klientů, kteří nejsou schopni setrvat ve standardním zaměstnání. Poslední funkcí této rehabilitace je podpora klientů, kteří pracují za standardních podmínek ve standardním zaměstnání, tedy periodicky vykonávají zadanou práci. V tomto případě cílem rehabilitace je pouze ambulantní dohled, který má za cíl předejít relapsu (Pěč, Vachková,

Wogurková & kol. in Pěč & Probstová, 2009).

Pracovní rehabilitací můžeme rozdělit do několika druhů. Prvním druhem je dobrovolná práce. Zde si může klient vybrat délku práce i činnost. Cílem je zjistit, zda je klient schopen dostat pracovním závazkům a předejít tak případnému porušení pracovních povinností. Dalším druhem je pak práce v chráněných dílnách. Ta je však značně kritizována pro vytváření závislosti klienta na instituci. Dále pak kritika staví na tom, že mnohdy klient dělá nesmyslnou práci a tudíž se dostatečně nepracuje na utváření jeho sebevědomí. Mnohdy však klienti nemají jinou možnost než v těchto dílnách setrvávat. Přejícné zaměstnávání je dalším druhem rehabilitace. Slouží k oživení pracovních návyků klienta, vytváří u něj smysl pro zodpovědnost a pomáhá mu nalézt ztracené sebevědomí. Klient obdrží kartu s popisem pracovní pozice (k výkonu není třeba speciální kvalifikace) a je mu přidělen asistent, který klienta zaučí a později mu je k dispozici. Klient sám pak může nastoupit do zaměstnání a pracovat standardním způsobem nebo zkusit jinou pozici, zařazenou do tohoto systému. Posledním druhem této rehabilitace je podporované zaměstnání. Cílem tohoto zaměstnávání je, aby se klient, co možná v největší míře, uplatnil na trhu práce. Klient je tedy zaměstnán za standardních podmínek a je i standardně platově ohodnocen a je pouze podporován asistentem (Pěč, Vachková, Wogurková & kol. in Pěč & Probstová, 2009).

3.1.2. Rehabilitace a bydlení

Ačkoli se to nezdá, můžou povinnosti spojené s bydlením vytvářet velký tlak na nemocného. A právě prostředí, ve kterém se jedinec nachází, může mít jak pozitivní, tak i negativní vliv na jeho uzdravení. Rehabilitace zaměřená na bydlení se snaží dostat určitým stanoveným cílům. Mezi tyto cíle patří umožnit klientovi i přes jeho omezení samostatně bydlet, zajišťovat klientovi podporu, která je důležitá ke zlepšování dovedností pro zvýšení kvality běžného života, pomoci při vytváření a hledání bydlení, které nejvíce odpovídá klientovým představám a potřebám, dále si klade za cíl osamostatnit pacienty, kteří jsou dlouhodobě závislí na své primární rodině, omezit počet hospitalizací v nemocničních zařízeních a umožnit zapojení klienta do služeb, které využívá běžná populace (Pěč, Vachková, Wogurková & kol. in Pěč & Probstová, 2009).

3.1.3. Rehabilitace na úrovni sociálních kontaktů

Jak už bylo zmíněno v předchozích částech této práce, člověk s duševním onemocněním v důsledku své nemoci často přichází o přátele a straní se sociálních kontaktů. Právě na tuto skupinu pacientů cílí tento druh rehabilitace.

Nemocní často přicházejí o většinu sociálních rolí a ve většině případů jim zbývá pouze role pacienta. Tento druh rehabilitace se tedy zaměřuje na nácvik i jiných rolí. Pracuje se na obnově sebeúcty a nácviku komunikace, která někdy v důsledku negativních příznaků dost trpí. Podporu v této oblasti nemusí klient hledat pouze v centrech nebo institucích, které se touto problematikou zabývají. Tuto podporu mu mohou poskytnout i členové jeho rodiny, kolegové nebo i ostatní pacienti, kteří tak napomáhají i vlastnímu uzdravení. Velkou pomocí pak může být vhodně zvolená volnočasová aktivita, která přivede nemocného ke kontaktu s ostatními lidmi. Bohužel organizace, díky abulii a nehostečné motivaci, bývá mnohdy pro nemocného značný problém. S tímto problémem se mu pak snaží pomoci tento druh rehabilitace (Pěč, Vachková, Wogurková & kol. in Pěč & Probstová, 2009).

4. Komunitní péče

Systém péče o duševně nemocné byl v minulosti nastaven tak, že klient byl hospitalizován na rozsáhlém lůžkovém oddělení psychiatrické nemocnice a po propuštění už měl jen velmi malou možnost docházet do míst (organizací), kde by se mu dostalo tolik potřebné podpory. To vedlo k častým relapsům nemoci a vytvářel se tak začarovaný kruh. Od tohoto systému se v poslední době ve velkém upouští a dochází k redukci těchto velkokapacitních zařízení. Je tedy snaha, aby značná část pacientů přešla do péče komunitních center. U nás k tomuto přerodu začalo docházet v devadesátých letech, kdy začala vznikat první komunitní centra v Praze, Pardubicích, Havlíčkově Brodě aj. (Foitová in Pěč & Probstová, 2009). Cílem zřizování těchto komunitních center je vytvoření bezpečného prostředí pro intenzivní psychiatrickou péči a poskytování sociálních služeb v prostředí, které je pro klienta přirozené. Tedy mimo prostor Lůžkového oddělení psychiatrické kliniky. Dalším cílem těchto center by mělo být vytvoření individuálního rehabilitačního plánu za účasti odborníků z řad lékařů, sociálních pracovníků aj. (Motlová & Španiel, 2013). Bohužel nedostatky ve financování rozšiřování těchto komunitních center zabrzdilo. V důsledku toho vzniká problém dostupnosti komunitní péče pro některé pacienty (Foitová in Pěč & Probstová, 2009).

Co je vlastně cílem komunitní péče? Poskytovat pacientovi podporu a intervenci ve správný čas a ve správné míře, aby byl klient těchto služeb schopen žít co možná nejsamostatněji a na adekvátní životní úrovni (Foitová in Pěč & Probstová, 2009).

Ideální formou této péče je pak denní stacionář. Ten vede specializovaný tým odborníků vzdělaný v problematice rehabilitace. Takovýto stacionář se zabývá všemi výše zmiňovanými oblastmi rehabilitační činnosti (návčik sociálních situací, tréninkem kognitivních funkcí apod.). Zabývá se tedy všeobecnou intervencí v oblasti psychiatrické rehabilitace (Motlová & Španiel, 2013). Tyto stacionáře jsou vhodnou alternativou k psychiatrickým léčebnám, bohužel jak již bylo řečeno, ne vždy jsou tyto stacionáře pro všechny pacienty dostupné.

III. Empirická část

5. Výzkumný problém

Výzkumný problém této bakalářské práce se týká oblasti následné péče o lidi s duševním onemocněním. Jádrem výzkumného problému je fungování psychosociální rehabilitace u lidí s duševním onemocněním, a to konkrétně pak na úrovni rehabilitace pracovní. Snahou této práce je objasnit aspekty psychosociální rehabilitace těchto lidí, přiblížit postupy tohoto druhu rehabilitace a odhalit případné systémové nedostatky, které mohou být překážkou v úspěšném procesu navrácení nemocného zpět do zaměstnání. Dále se toto dílo snaží odhalit, zda takto specifická práce má vliv na samotné pracovníky psychosociálně rehabilitačních služeb.

6. Výzkumné otázky

- 1. Jaké jsou postupy v pracovní rehabilitaci ve zkoumaném zařízení?**
- 2. Jaká jsou úskalí v současné péči?**
- 3. Jak ovlivňuje pracovníky rehabilitačního centra jejich práce?**

7. Výzkumná metoda

Pro výzkum problematiky psychosociální rehabilitace lidí s duševním onemocněním vztahující se na pracovní sféru, bylo přistoupeno k užití kvalitativního výzkumného designu. Konkrétněji pak bylo použito otevřené kódování, což je prvkem zakotvené teorie. Z takto analyzovaného textu vyvstal soubor kódů, který byl rozčleněn podle podobnosti do kategorií, které byly podkladem pro odpovědi na výzkumné otázky. Pro sběr dat byl zvolen hloubkový polostrukturovaný rozhovor. Kvalitativní metodologické postupy byly zvoleny z toho důvodu, abychom konfrontovali obecné poznatky s konkrétními zkušenostmi a názory pracovníků, kteří se v problematice psychosociální rehabilitace pohybují a zároveň poznali do hloubky aspekty psychosociální rehabilitace.

8. Kvalitativní výzkum

Než začneme s analýzou konkrétních sesbíraných dat, bylo by dobré nejprve pojednat o kvalitativním výzkumu, jako takovém, a také o jeho konkrétních postupech, které v této práci byly použity.

Deskripci a klasifikaci tohoto metodologického přístupu ztěžuje nejednotnost, názorová pluralita a také obtížná identifikace hranic jednotlivých metod. Pokud se podíváme na tuto problematiku s trochou nadsázky, také nedodržování terminologie některých autorů, vymezení tohoto odvětví příliš nepřispívá (Miovský, 2006).

Čermák (2000) v úvodu svého článku poměrně rozsáhle hovoří o kvalitativním pojetí v kontextu s kvantitativním pojetím, takto: „*V psychologii dvacátého století je preferován takový model vědy, v němž se člověk studuje jako objekt. V tomto modelu se ignoruje fakt, že člověk je také subjektem s bohatým prožitkovým životem. Proto kvalitativní metodologie, která je značně ovlivněna humanistickou psychologií, hledá argumenty pro primárnost zkušenosti nad abstraktními pravdami, zdůrazňuje jedinečnost spolu s universalitou a využívá spíše deskriptivní nebo kvalitativní metodologii...*“ (in Čermák & Miovský, 2000, str. 11).

Dále pak Čermák (2000) rozvádí, že užití kvalitativních metodologických postupů je vhodné právě tam, kde je na člověka nazíráno z holistického hlediska a tam, kde do názorů, jenž si vytváříme o vnějším světě, vstupují všechny naše smysly (in Čermák & Miovský, 2000).

Poněkud stručnější definici nám, a dle mého názoru i jednodušší, podává Strauss a Corbinová (1999), kteří definují kvalitativní výzkum, jako všechny výzkumné postupy, jejichž výsledků není dosahováno pomocí statistických metod nebo jiných způsobů kvantifikace. A však tyto autoři také uvádějí, že některé údaje, jako například údaje ze sčítání lidu, mohou být kvantifikovány. Dále pak uvádějí, že údaje sebrané za pomoci rozhovoru a pozorování, mohou být klasifikovány tak, aby mohly být statisticky zpracovány, čímž dochází ke kvantifikaci kvalitativních dat. Takovýto typ výzkumu se může týkat života lidí, příběhů, chování, chodu organizací a vzájemných vztahů.

Literatura uvádí, že kvalitativní výzkum se skládá ze tří složek. První a pro výzkum zásadní složkou jsou údaje, které mohou pocházet z mnoha zdrojů. Nejtypičtějším zdroji jsou pak pozorování a rozhovor. Data však můžeme získávat i ze zdrojů jiných, jako jsou například knihy, dokumenty a dokonce i data, která už prošla kvantifikací. Další nedílnou součástí kvalitativního postupu je pak datová analýza a různé interpretační postupy. Nasbíraná data pro analýzu je třeba nějakým způsobem utřídit a vytvořit z nich koncept. Prochází tedy takzvanou konceptualizací, která je známá jako kódování. Poslední složkou kvalitativního výzkumu jsou písemné a ústní

výzkumné zprávy. Z těchto zpráv pak může být vyvozen souhrnný závěr nebo se mohou tyto zprávy hloubkově analyzovat (Strauss & Corbinová, 1999).

Silnou stránkou kvalitativního přístupu v bádání je to, že nám dává možnost prozkoumat zvolenou oblast ze široka a zároveň dostatečně do hloubky, a to vše v relativně přirozeném prostředí a kontextu. Také nám dává možnost sesbírání maximálního počtu informací o zkoumaném jevu nebo oblasti. Možnost kvantifikace a zobecnění poznatků nám však tento postup nepřináší, což je jednou z hlavních nevýhod tohoto metodologického postupu (Švaříček & Šedřová, 2007).

8.1. Zakotvená teorie

Než se pustíme do představení zakotvené teorie, je nutné, abychom pro úplnost uvedli, že v práci nejsou použity všechny prvky zakotvené teorie, ale využili jsme pouze prvku otevřeného kódování.

Tento metodologický postup vznikl v šedesátých letech dvacátého století a byl vyvinut dvojicí Glaserem a Straussem. Od doby svého vzniku však tento postup prošel značným vývojem. Cílem těchto autorů bylo zbavit kvalitativní metodologii označení, že se jedná pouze o popisnou metodu a zároveň se pokusit o to, aby kvantitativní postupy získaly schopnost vytváření nových teorií, kterou doposud neměly (Švaříček & Šedřová, 2007).

„Zakotvená teorie je proces hledání nového (inovovaného) vysvětlení (teorie) jevů a jejich souvislostí. Představuje celou řadu systematických, induktivních postupů pro vedení kvalitativního výzkumu, zaměřeného na vytváření teorií.“ (Zháněl, Hellenbrandt, & Sebera, 2014, str. 46)

Již zmiňovaný Strauss a jeho kolegyně Corbinová (1999, str. 14) definují tuto metodu následovně: *„Zakotvená teorie je teorie induktivně odvozená ze zkoumání jevu, který reprezentuje. To znamená, že je odhalena, vytvořena a prozatímně ověřena systematickým shromažďováním údajů o zkoumaném jevu a analýzou těchto údajů. Proto se shromažďování údajů, jejich analýza a teorie vzájemně doplňují.“*

Pokud bychom se měli pokusit o sumarizaci principů zakotvené teorie, tak tu nám v šesti bodech poskytuje Švaříček a Šedřová.

Za prvé je třeba si uvědomit, že zakotvená teorie si neklade za cíl pouhý popis jevů, ale zejména generování nových teorií. Jak už samé pojmenování napovídá, tato teorie by měla být zakotvena v datech. Za druhé se zakotvená teorie nesnaží o hustý popis jevů, ale spíše o vytváření schématu, které má za efekt posílení vztahů mezi proměnnými. Cílem je tedy nevycházet z předem stanovených proměnných, ale tyto proměnné identifikovat a následně

operacionalizovat vztahy mezi těmito proměnnými. Ve třetím bodě zdůrazňují autoři procesualitu, protože tímto postupem nemapujeme statické dění, ale vyvíjející se a pracující systém. Ve čtvrtém bodě autoři zdůrazňují, že je důležité do zkoumaného prostředí vstoupit tak, aby badatel nebyl zatížen jakoukoli apriorní představou o problematice, kterou mu zprostředkuje literatura. V pátém bodě hovoří autoři o tom, že ambicí zakotvené teorie je dodržení všech zásad tzv. „dobré“ vědy (validita, zobecnitelnost, reprodukovatelnost atd.), proto se řídí systematickými postupy v práci s daty. V šestém závěrečném bodě je popsáno, jak vzniká samotná teorie. Ta se utváří vzájemnou komparací úryvků mezi sebou a komparací úryvků s předem stanovenými koncepty (Švaříček & Šedřová, 2007).

Pokud se budeme blíže věnovat analýze sesbíraných dat, zjistíme, že podle Strausse a Corbinové (1999) se tato analýza skládá ze tří analytických stupňů: otevřeného kódování, axiálního kódování a selektivního kódování. Jak v návaznosti na Strausse a Corbinovou (1999) a Švaříčka a Šedřovou (2007) uvádí Zháněl, Hellenbrandt a Sebera (2014), první stupeň, tedy otevřené kódování, slouží k základnímu utřídění a konceptualizaci sesbíraných dat. Následně pak postupujeme sofistikovanějším způsobem analýzy textu, tedy kódováním axiálním. To navazuje na kódování otevřené a jedná se o soubor postupů, za jejichž přispění dochází k uspořádání dat novým způsobem, a to na základě kategorizace kódů a vytvářením vztahů mezi nimi. Finálním procesem je pak kódování selektivní. Jedná se o výběr jedné centrální kategorie, která je společná pro všechny kategorie předešlé. Tato kategorie je pak uváděna do vztahu s kategoriemi ostatními.

8.1.1. Otevřené kódování

Je základní složkou zakotvené teorie, ale díky své jednoduchosti je využíváno v celé řadě kvalitativních metodologických postupů. Jak už bylo řečeno výše, text je pomocí otevřeného kódování rozebrán a konceptualizován. Při tomto kódování se text rozbije do menších úseků podle uvážení autora. Může se jednat o úseky o délce slova, věty či odstavce. Není dobré si jednotlivé jednotky příliš formalizovat. Pro vytváření výstupů je lepší si volit hranici podle významu. Při tomto způsobu práce však velmi často dochází k překrývání významových jednotek. Takto vzniklá jednotka je pak pojmenována - okódována. Důležité je se při této práci ponořit do hloubky, tedy do podstaty pasáže a dostatečně tak vystihnout tuto pasáž vhodným kódem. Pokud shledáme, že jedna jednotka zahrnuje více oblastí, je možné této jednotce přidělit dva i více kódů najednou (Švaříček & Šedřová, 2007).

8.2. Technika „vyložení karet“

Jak již bylo předesláno v předchozí části, v této práci nebude užito kompletně celé zakotvené teorie, ale pouze její části (otevřeného kódování). Jako nadstavbovou technikou analýzy textu, pak byla zvolena metoda výkladu karet.

Jedná se o jednu z nejjednodušších technik, které lze kombinovat právě s otevřeným kódováním. V podstatě se jedná o to, že vzniklé kategorie, které vzešly z otevřeného kódování, jsou pak uspořádány do útvaru (obrazce, linky), čímž dojde k restrukturalizaci a seřazení klíčových bodů, které vyvstaly z předchozí analýzy textu (Švaříček & Šedřová, 2007).

9. Metoda sběru dat - polostrukturovaný hloubkový rozhovor

Jako prostředek pro sběr dat byl zvolen vůbec nejrozšířenější postup, tedy polostrukturovaný rozhovor nebo také polostrukturované interview. Výhodou této metody sběru dat je, že kombinuje výhody nestrukturovaného a plně strukturovaného rozhovoru. Oproti interview nestrukturovanému je tento postup náročnější pro tazatele z hlediska časové přípravy, protože je nutné, aby se držel nějakého konceptu, který v zásadě tvoří předem připravené otázky (z velké většiny otevřené). Pokud chceme zajistit maximální výtěžnost rozhovoru, je vhodné využití inquiry, tedy pokládání doplňujících otázek a ujišťování se, zda jsme odpověď respondenta plně pochopili. Tím se vyvarujeme případné chybné interpretace (Miovský, 2006).

V přípravě bychom měli věnovat pozornost stanovení si jádrových otázek, tedy otázek týkajících se klíčových témat našeho výzkumu. Tyto otázky by neměly být v interview vynechány. Zajistíme tím tedy přínosnost každého rozhovoru. K tomuto jádru se pak přidružují další otázky, ať už stanovené připraveným schématem nebo položené v průběhu. Ty nám zajistí dostatečné prohloubení informací ve zkoumané oblasti (Miovský, 2006).

10. Zpracování rozhovoru a etické zásady

Účastníci výzkumu byli vybráni z řad zaměstnanců organizace Fokusu Labe. Všichni tyto zúčastnění se do výzkumu zapojili zcela dobrovolně. Z důvodu zachování etických zásad byli

účastníci výzkumu zevrubně seznámeni s projektem a jeho cílem, dále byli seznámeni s průběhem sběru dat. Poté účastníci stvrdili souhlas s účastí v tomto projektu podpisem informovaného souhlasu. Následně byl tento souhlas stvrzen i ústně a zaznamenan na záznamovém zařízení. A to z toho důvodu, abychom plně ošetřili etickou stránku věci. Každý rozhovor byl, jak už bylo naznačeno, zaznamenan audiorekordérem, abychom zajistili přesné znění výpovědí. S touto skutečností byl účastník projektu předem seznámen. Dále tyto audionahrávky byly doslovně přepsány, segmentovány a analyzovány podle postupů Zakotvené teorie. Přepisy těchto rozhovorů jsou k dispozici v příloze. Rozhovory byly realizovány během února a března 2015. Tyto rozhovory byly pořizovány po vzájemné dohodě ve sjednaný čas a na místech, které si určili sami probandi. Tím byl zajištěn komfort a bezpečné prostředí pro účastníky projektu. Tento postup sjednávání schůzek byl zvolen také kvůli časovým možnostem a pracovnímu vytížení dotazovaných. Rozhovory s účastníky trvaly v průměru šedesát až devadesát minut, podle sdílnosti dotazovaného. Kostra polostrukturovaného rozhovoru je k dispozici v příloze.

11. Výzkumný vzorek

Z řady možností pro výběr vzorku pro kvalitativní výzkum jsme vybrali metodu záměrného (účelného) výběru. Za metodu záměrného výběru, označujeme takovou metodu, kdy vybíráme účastníky do výzkumu podle určitých charakteristik. Tyto charakteristiky jsou předem vybrané vlastnosti nebo dovednosti či okolnosti, které by měl účastník výzkumu splňovat. Z toho vyplývá, že účastníky do výzkumného projektu vybíráme na základě právě předem definovaných vlastností a na základě dobrovolnosti ze strany účastníka (Patton, 1990; in Miovský, 2006). Kritériem pro výběr do tohoto výzkumu byla v našem případě aktivní účast na psychosociální rehabilitaci v pracovní sféře.

K takovému způsobu výběru vzorku přistupujeme v okamžiku, kdy je zkoumaný vzorek nevelkého charakteru a jeho dostupnost není příliš obtížná (Miovský, 2006).

Výzkumný vzorek tvořilo šest pracovníků (n=6) organizace Fokus Labe, která se zabývá psychosociální rehabilitací. Tito pracovníci se podílejí, jak přímo tak i nepřímo, na zapojení jejich klientů zpět do pracovního procesu.

„Zařízení Fokus je nestátní nezisková organizace, která sdružuje odbornou i laickou veřejnost v oblasti péče o duševní zdraví a občany s duševním onemocněním, realizuje komplexní péči komunitního typu o dlouhodobě duševně nemocné, poskytuje klientům služby

zaměstnanosti a realizuje sociální podnikání“ (Fokus, n.d.). Takto se na svých internetových stránkách prezentuje rehabilitační centrum Fokus, ve kterém byl výzkum proveden.

Výzkumu se zúčastnili jak muži, tak i ženy, a to v poměru 1:1 (tři muži a tři ženy) v různém věkovém rozmezí a s různou úrovní vzdělání, viz demografické údaje. Výzkumný vzorek podchycuje značnou část pracovních pozic podílejících se na zařazování klientů do pracovního procesu, od vedoucích chráněné dílny, přes vedoucí pracovní rehabilitace, až po ředitele pracovní rehabilitace.

12. Výsledky

Jak už bylo zmíněno výše, rozhovory byly analyzovány pomocí otevřeného kódování. Jedná se o přidělení určitého pojmu k textovému úseku. Tyto pojmy pak seskupujeme do vyšších celků podle podobnosti, tak jak uvádí Hendl (2005), tyto vyšší celky nazýváme kategorie. Z takto provedené analýzy a následného seskupení pojmů (kódů) nám vyvstalo **10 kategorií**:

- *Cílová skupina*
- *Problémy na pracovišti*
- *Specifické postupy práce s klientem*
- *Fluktuace*
- *Práce s motivací*
- *Práce s rodinou*
- *Uplatnění na trhu práce*
- *Systémové nedostatky*
- *Ideální péče*
- *Zaměstnanec Fokusu*

Každá z výše uvedených kategorií obsahuje sumu kódů, které tyto kategorie charakterizují. V rámci techniky výkladu karet uvedeme příklad nejfrekventovanějších kódů v dané kategorii a danou kategorii pak blíže popíšeme. Tyto popisy budou proloženy konkrétními autentickými výňatky z provedených rozhovorů.

Kategorie: Cílová skupina

Tato kategorie obsahuje kódy: **psychotik, schizofrenik, invalidní důchod, zaléčený klient, spolupráce s psychiatrem** a další. Kategorie je důležitá k tomu, abychom si udělali představu o uživateli rehabilitačního zařízení Fokus.

„Typický klient fokusu je člověk, který od nějakých 18 do 65 let věku a na 99.9 % pobírá vlastně plný invalidní důchod. Spadá vlastně do kategorie Severe mental illness, což jsou lidé po opakovaných hospitalizacích. Pohlaví... žena/muž je to jedno, podle zjištění je ten průměr podobný. Co se týče vzdělání, může to být člověk s vysokoškolským vzděláním, ale může to být i člověk, který ani nevychodil střední školu právě kvůli nemoci.“

Takto charakterizuje klienta fokusu respondent 1. Jak je z výpovědi zřejmé, jedná se tedy o duševně nemocného člověka, který je v invalidním důchodu. U těchto klientů není specifikem vzdělání ani konkrétnější věková kategorie.

Pokud bychom se chtěli hlouběji zabývat rehabilitací pracovní, je důležité zmínit, že pracovní rehabilitace je součástí rehabilitace komplexní a do pracovní rehabilitace přichází klient, který už prošel několika přípravnými stupni, které mu tento druh rehabilitace usnadní a umožní.

„Takže ti, co se dostanou k nám na to pracovní místo, tak mají za sebou v podstatě cílenou a intenzivní, zhruba roční masáž. Takže k nám už přichází opravdu profesně zdatný vyprofilovaný a hlavně chci říci, že dobře zaléčení pod medikací a stálou kontrolou jejich klíčových pracovníků a sociálních pracovníků.“

Takto charakterizuje respondent 5 klienty, kteří se dostávají na pracoviště. Bližší informace o tom, jaké jsou kroky, které předcházejí zařazení klienta do pracovního procesu, nám přináší jedna z dalších kategorií, o které se zmíníme později.

Dále bylo zjišťováno, zda je nějaký „typ“ klienta, který je nevhodný pro pracovní rehabilitaci. Vzhledem k tomu, že výzkum byl prováděn s respondenty, kteří se pohybují v gastronomii, nelze tento aspekt zcela zobecnit, takže získané informace se týkají konkrétního druhu pracoviště, které je jedním z řady možností pro pracovní rehabilitaci, které Fokus poskytuje. I sami respondenti dodávají, že nelze zcela jednoznačně říct, že existuje nějaký typ klienta, který by byl vysloveně nevhodný pro tento druh rehabilitace, a spíše uvádějí příklady, které by se mohly objevit.

Respondent 5 uvádí, že pro tento druh práce je nevhodný člověk trpící sociální fobií.

„Může to být nějaká fobie, nějaká paranoia ze stálého kontaktu nebo velkého výskytu lidí, tak samozřejmě, tak to být může...“

Pro tyto klienty však existují pracoviště, která nejsou tak frekventovaná a tedy nepřichází

na nich do kontaktu s větším množstvím lidí. Takovým to pracovištěm může být například šicí dílna.

Jako další příklad nevhodného klienta pro provoz v gastronomii uvedl respondent 4 klienta s tělesným handicapem.

„Já si myslím, že třeba tělesně postižený...klient na vozíku. Protože tady potřebujeme statný a zdraví lidi v uvozovkách. Takže handicapovaní tohoto typu by nebyl vhodný.“

Pro takového klienta je opět řešení již zmiňovaná šicí dílna.

Kategorie: Problémy na pracovišti

Kategorie problémy na pracovišti vyplývá a navazuje na kategorii předchozí, tudíž z charakteristiky cílové skupiny. Je úzce provázána s projevy a důsledky nemoci, které jsou popsány v teoretické části práce. V této kategorii byla nejčastější incidence kódů: **vztahové problémy, projevy nemoci, zhoršení zdravotního stavu, pracovní problémy, vysoká náročnost.** Dále pak související kódy jako: **změny v komunikaci a komunikační problémy.**

Zmiňovaná kategorie popisuje nejčastější problémy, se kterými se pracovníci potýkají a které se vyskytují v souvislosti s nemocí klientů. Dále se v této části objevují možná řešení těchto problémových situací, které pracovníci mají k dispozici.

Respondent 1 se o těchto problémech vyjadřuje takto:

„...samozřejmě, do toho vstupuje zhoršení toho zdravotního stavu a vstupují do toho ty projevy té nemoci jako takové. To znamená, že někomu ta nemoc nějakým způsobem, nechci říct překáží, ale ztěžuje jim třeba komunikaci jo, nebo projevy ty schizofrenie, ty paranoi, nějaká vztahovačnost ...“

Komentář respondenta 5 přináší, myslím si, rozsáhlou paletu problémů, které se mohou vyskytnout.

„Často mají rozhašenou jemnou motoriku, zvýšený třes, třes hlasu nebo nedodrží základní pravidla osobní a duševní hygieny, kdy chodí umolousaní do práce, takže tam se potom třeba něco rozjíždí, ať už v té vztahové rovině nebo profesní, často to může být neklid způsobený finanční stránkou.“

Zde tedy můžeme vidět, že rozmanitost problémů je opravdu velká. Dalším problémem, který komplikuje rehabilitaci, je samotná náročnost práce, jak je patrné například z výpovědi respondenta 4 : *„Samozřejmě ty nároky mohou být na klienta tak velký, že se mi rozjede v nemoci...“*

Jak již bylo zmíněno, tato kategorie obsahuje i postupy, kterými lze tyto problémy zmírnit

nebo odstranit. Jedná se o týmové intervize, které vytvářejí bezpečný prostor pro komunikaci mezi jednotlivými zaměstnanci.

„...my máme týmový intervize, který dělají pracovníci sociální rehabilitace, kdy se ten tým jednou měsíčně schází, má tam toho sociálního pracovníka a můžou tam řešit ne ty provozní věci toho provozu, ale ty vztahové věci toho týmu. Kdy tam mají jakoby takovou uzavřenou komunitu lidí, kdy vědí, že to je nějaký chráněný prostor, kde si řekneme i ty nepříjemné věci mezi sebou, aby se pročistil ten vzduch na tom pracovišti...“ Takto je popisuje respondent 1.

Dalším postupem je pak kontaktování klíčového pracovníka. Postupy při kontaktu klíčového pracovníka a jeho práci popisuje respondent 6.

„Já si hlavně musím všimnout... jednak já pozoruju, jak ten člověk pracuje a když se začne něco měnit, chování v docházce a celkovým náhledem jak toho člověka znám, tak můžu se začít ptát, jestli něco a pokud si s tím nevím rady, tak to zase přehrávám na klíčový pracovníky.“

Ten dále přináší náhled do pracovních postupů takového klíčového pracovníka.

„Sociální pracovník to musí hlavně rozkomunikovat, aby zjistil, co se děje. Dále pak apeluje na to, aby klient šel k lékaři, mnohdy se jim tam nechce...“

Klíčový pracovník je styčná osoba, kterou má přidělen každý klient a ten mu je k dispozici a je jakýmsi průvodcem celé rehabilitace. Jedná se o sociálního pracovníka.

Kategorie: Specifické postupy práce s klientem

Další navazující kategorií, které jsme se také okrajově dotkli již v kategorii předešlé, je kategorie, která obsahuje největší množství kódů. Tato kategorie se zabývá postupy práce s klientem a popisuje kompletní postup pracovní rehabilitace od prvního kontaktu s klientem až do samotného zařazení do pracovního procesu. Tato kategorie zahrnuje kódy: **úvodní mapování, rehabilitační plán, vzdělávání, bazální dovednosti, rehabilitační místo, atd.**

Na začátek je důležité uvést, že všechny služby poskytované zkoumaným rehabilitačním centrem jsou dobrovolné. Dále je nutné říct, že pracovní rehabilitace je součástí komplexní péče o klienta a že pokud se klient rozhodne pro rehabilitaci v pracovní sféře, neznamená to, že se mu uzavírají cesty v rehabilitaci v jiných sférách.

„...když člověk vchází do pracovní rehabilitace, to neznamená, že odchází z té sociální rehabilitace v tom centru sociálních služeb, takže tam zůstává uvázaný.“

Jak respondenti uvádějí, je pro zapojení do systému rehabilitace nutné, aby klient prošel sérií úvodního mapování, které má za úkol zmapovat deficitní domény jeho dosavadního života a nastínit tak klientovi, jakým směrem by se jeho rehabilitace mohla ubírat. Na základě tohoto

mapování je pak sestaven v součinnosti se sociálním pracovníkem (klíčovým pracovníkem) rehabilitační plán, který zahrnuje jednotlivé kroky v klientově rehabilitaci.

„...díky komplexnímu zmapování jejich potřeb v určitých životních doménách, které jsou především práce, vztahy sociální, bydlení, zdraví a tak dál. Skrze tadyty domény ty lidi poznat a spolu s nimi najít ideální cestu pro jejich jakoby rehabilitaci...“

Pokud tedy pracovníci společně s klientem shledají, že jeho potřeby v pracovní oblasti nejsou adekvátně saturovány, zanesse se do rehabilitačního plánu strukturovaný postup, pro zapojení do pracovního procesu. Tento strukturovaný postup je několikastupňový a opírá se o praxi ověřené postupy. Zejména pak o (u všech respondentů akcentované) vzdělávání, které má vliv téměř na celý průběh pracovní rehabilitace.

„Prvním krokem je přijít do fokusu vlastně do té sociální pobočky, nechat se tam zapsat, seznámit se tam s možným programem, kde by se mohl vzdělávat, zapsat se do nějakého toho vzdělávacího programu a u každého je to pak jinak, někdo musí trénovat návyky, vstávání, docházení, postarat se o sebe, mít čisté oblečení. Tak do těchto prvních krůčků to přechází k odborné praxi.“

Z výpovědi respondenta 6 je patrné, že se jedná o postup pozvolný, postupný a dlouhodobý, který zahrnuje nácvik bazálních dovedností. Dále pak v rámci těchto bazálních dovedností se může objevovat nácvik pravidelnosti a zvykání si na režim rehabilitačního zařízení, jakým je sociálně terapeutická dílna (dále jen STD), která slouží jak k nácviku bazálních dovedností a primárních nácviků, například komunikace, tak právě i k tomu, aby klient byl schopen například pravidelně docházet na pracoviště.

„Ten člověk v té sociálně terapeutické dílně může nacvičovat různé druhy řemeslné práce, řemeslné činnosti, drobných výtvarných činností a nácviků, ale zatím bez toho akcentu jasné pracovní doby ... Toho tlaku na to, aby něco vyrobil. Je to opravdu nízkoprahový... Samozřejmě i tam už se postupně nacvičuje s těmi lidmi, aby dokázal přijít na tu službu, aby dokázal vydržet třeba dvě tři hodiny...“

STD je jedním z dílů komplexní rehabilitace, může sloužit jako součást pracovní rehabilitace, ale i jako náplň volného času klienta.

V rámci již zmiňovaného vzdělávání dochází k takzvanému profilování klienta, které slouží k budoucímu pracovnímu nasměrování klienta. Dále pak toto vzdělávání slouží k osvojení pracovních dovedností, které jsou nutné ke zvládnutí jeho budoucí práce. Mezi tyto dovednosti patří, v případě gastronomických provozů, zvládnutí technologických postupů přípravy pokrmů, ale i nácvik komunikace se zákazníky prostřednictvím modelových situací.

„...nastupuje třeba i na půlroční vzdělávání na speciálně připravené vzdělávací kurzy kde

se už připravuje na to, co ho už čeká v té práci v oblasti vaření cateringu a cateringových služeb, které Fokus nabízí pro mladý klienty. A tam je právě připraví na všechno, co je vlastně v budoucnu v té práci čeká, jsou tam seznámeni s náplní práce každé té dílny, každého toho provozu, kuchařského cateringu, nacvičují se tam měkký i ty tvrdý dovednosti, to znamená, poznávají jak receptury, jak zacházet s technologiemi výroby, poznávají kávovary, a jak se s nima dělá, poznávají výrobní prostředky v kuchyni, atak dál, a tak dál. Vedle toho trénují samozřejmě komunikaci se zákazníky, ta je důležitá, když jdou třeba do prodeje.“

Po této dlouhodobé a komplexní přípravě se klient může, v případě gastronomických provozů, poprvé dostat do kontaktu se zákazníkem v reálné situaci a to na takzvaném rehabilitačním místě. Rehabilitační místo je neplacená pracovní pozice sloužící k praktickému seznámení s prací a prostředím, v němž by se potenciální zaměstnanec mohl pohybovat.

„Je to místo, jakoby pokračování kurzu, kde klient nemá nárok na placené místo, je to takový trénink, jestli to zvládne, jestli bude chodit a dodržovat vše jak má.“

Následně po úspěšném absolvování těchto kroků je klientovi nabídnuta pracovní smlouva.

„A získávají svou vlastně, často první, pracovní smlouvu. Takže ten proces té pracovní rehabilitace je několika stupňový a provázen se vzdáváním a navázán na sociální služby.“

Z popisu předchozí kategorie, jsme si již udělali představu o tom, s jakými problémy se v průběhu práce může klient potýkat. Proto při nástupu na pracovní pozici není klient zapojen na plný úvazek. Nejprve je zaměstnán na 3 dny v týdnu po čtyřech hodinách a postupně mu je tento úvazek zvyšován, pokud o to má zájem. Je třeba ale říct, že podle slov respondentů není v silách většiny klientů pracovat na standardní úvazek 40 hodin týdně, a proto tento typ úvazku ani neposkytují.

Důležitým aspektem je pocit bezpečí a jistota zaměstnání, která je klientům v chráněných dílnách poskytnuta jednak podporou od vedoucích pracovišť a klíčových pracovníků, ale také nástroji, které umožňují klientovi například bez udání důvodu nepřijít do práce, aniž by se musel bát nějakého postihu. Jedná se o tři chráněné dny, takzvané Sick days, které si klient může jednou za určitý časový úsek vybrat.

Kategorie: *Fluktuace*

Předpokladem bylo, že klient, který trpí celou řadou obtíží, jež negativně ovlivňují jeho pracovní potenciál, bude inklinovat k fluktuaci na pracovních pozicích. Tato kategorie obsahující kódy jako: **nízká míra fluktuace, redukce fluktuace vzdáváním, fluktuace v důsledku vývoje klienta, atd.**, ukázala, že opak je pravdou.

Jak bylo zmíněno v předchozí kategorii, vzdělávání ovlivňuje několik aspektů rehabilitace, mimo jiné také právě fluktuaci na pracovních pozicích. Respondenti uvádí, že pokud se fluktuace na pozicích vůbec vyskytne, jedná se, ve většině případů, o fluktuaci v rámci pozitivního vývoje klienta, který přechází například na frekventovanější pracoviště.

„Takže vlastně už během toho vzdělávání oni dojdou k tomu, co by vlastně chtěli dělat, takže v podstatě velká, řekla bych většina lidí, tu pozici, na kterou půjde, tak mu zůstává jo, ano, anebo to bývá o tom, že tam je nějaký progres jakoby v tom vývoji, tak je to o tom, že jde povětšinou zezadu dopředu, to znamená od práce, kdy není konfrontovaný zákazníkem do práce dopředu, kde už je v té první linii v kontaktu se zákazníkem“

Kategorie: Práce s motivací

Významným prvkem v pracovní rehabilitaci je vzdělávání, jak jsme již zmiňovali v předchozí kategorii. Neméně důležitým prvkem v úspěšné rehabilitaci, a mimo jiné také v eliminaci fluktuace, je schopnost zaměstnanců pracovat s motivací klienta. Tato kategorie obsahuje kódy: **komplexní motivace, rehabilitační plán, podpora, motivace cíli, pozitivní zpětná vazba a další.**

Snaha vypátrat jeden konkrétní motiv pro navrácení se klientů do pracovního procesu a ještě zprostředkovaně skrze pracovníky se ukázala jako scestná, protože se ukázalo, že motivace pro zapojení do pracovního procesu je tvořena komplexem nejrůznějších motivů.

„Já bych řekla, že je to zase souběh těch lidí, oni v té práci zažívají úspěch, zažívá se tam užitečnost, je s lidmi, v rámci práce a pracovního kolektivu si získává nové známé, nové přátele, získává pochvalu od zákazníků... Samozřejmě dostává za svojí práci zapláceno, což je motivace velká a myslím si, že dost přirozená je.“

A jak bylo řečeno v části teoretické, jedním z projevů schizofrenie je oslabení vůle, kterou je potřeba dostatečně stimulovat. A je důležité, aby pracovníci s tímto nepříjemným projevem uměli pracovat. Ukázalo se, že pracovníci nejčastěji k regulaci tohoto projevu nemoci využívají strukturování činností, motivaci prostřednictvím cílů, které jsou deklarovány v rehabilitačním plánu. Je důležité zmínit, že do pracovního procesu se dostává klient, který je zaléčený, a tudíž je u něj abulie ve velké míře odbourána. Nicméně reziduální projev abulie se může vyskytnout i nadále.

„Je potřeba je stále dokola motivovat, je potřeba stále s nimi být v kontaktu. Verbálně i neverbálně s nimi komunikovat, udržovat s nimi oční kontakty, chválit. Chválit krátkým poplácáním, podáním ruky. Chválit jednou větou, udržovat je v tom, že ta jejich práce má smysl, je

potřebná a zodpovědná. Motivace, ta na to funguje. A nemusí to být třeba jen v tom, že čeká na výplatu, kde se objevuje ten motivační prvek, což je samozřejmě příjemný pro všechny, ale mnohdy to může být podání ruky, poděkování za odvedený výkon, krátké posezení a zhodnocení jeho úsilí a výkonu, to je pro ně hodně motivační. A pak samozřejmě ten úspěch, kdy je pochválen z venku od zákazníka.“

Jak však respondenti uvádí, po dostavení úspěchu se u některých klientů může objevit opačný problém a tím je „přemotivovanost“. V důsledku níž může dojít k přepjetí sil uživatele služby a k následnému relapsu nemoci. Proto, jak uvádějí respondenti, je důležité klienty v jejich horlivosti a stanovování cílů usměrňovat a tuto „přemotivovanost“ redukovat.

„... oni jak jsou intenzivní v těch prožitcích tím, jak najednou dosahují určitých vítězství, tak se nám ti klienti hodně namotivují a chtějí ten úspěch užívat plnými doušky a ženou hrozně dopředu a chtějí a poptávají a pořád vysílají ty signály a je tam ta zpětná vazba: „já chci větší úvazek, já chci větší dovednosti, znalosti.“ A pak je to může zatavit, že jo. Pak je to může skopnout strašně zpátky. Takže to naštěstí máme ošetřené, že jim tohleto nedovolíme.“

Kategorie: Práce s rodinou

Rodičovská skupina, vzdělávání rodiny, komunikace s rodinou atd., jsou kódy spadající do kategorie, která se zabývá prací s rodinou nebo s blízkým okolím klienta. Ačkoli pracovníci klientovi poskytují podporu a doprovázení, nadneseně řečeno na každém kroku, žádný druh, ač sebeupřímnější podpory, nenahradí podporu nejbližších. Vzhledem k tomu, že není úplně vzácným jevem, že klienti vinou nemoci o spoustu takovýchto podpůrných vztahů přijdou, je snahou tzv. rodičovských skupin tyto vztahy napravovat a vytvořit nebo znovu obnovit podpůrnou síť a zázemí, které jsou pro návrat do normálního fungování nezbytné. Rodičovské skupiny pomáhají nejbližšímu okolí nemoc pochopit a nastínit, jak se tato nemoc může projevat, v podstatě se jedná o jakýsi způsob vzdělávání rodiny. Přímé zapojení do pracovní rehabilitace není úplným standardem a probíhá spíše z iniciativy rodiny samotné, a to v podobě například návštěv klienta na pracovišti.

Snaha o zapojení klientovy rodiny se objevuje již v počátcích péče.

„V průběhu toho prvního mapování se dělá rodinná anamnéza každého člověka, který do Fokusu přichází.“

Dále pak popisuje respondent 5 průběh práce s rodinou.

„Pořádají se takzvané rodičovské skupiny v celku pravidelně, které jsou naprosto otevřené, transparentní, kdy naši klíčoví a sociální pracovníci volají potom kontaktu s rodinou, ať už za

účasti klientů nebo bez klientů a v podstatě se jim narovinu snažíme říct, v čem to vlastně celé je, co my v tom Fokusu vlastně děláme, proč to děláme, jak to děláme a s kým to děláme. Takže naprosto transparentně se otvíráme vztahům k rodině a otevřeně komunikujeme s rodinou a rodinnými příslušníky.“

V samotném pracovním procesu pak toto zapojení vypadá podle slov respondenta 4 takto:

„Chodí... protože nastoupili noví klienti a chodí si je sem omrknout. Podívat se, jak to tady u nás vypadá, jak to tady chodí, třeba i na mě se podívat jo.. Ráda si s nima sednu, popovídám, řeknu, co chtějí vědět. Hodně se ptaj, jsou jako fakt zvědaví.“

Pro dokreslení představy o práci s rodinou uvedeme komentář, který dotváří představu o „vzdělávání rodiny“.

„...co se může vyskytnout při práci, proč doma nezaměstnávat tolik při domácích pracích, protože už v té práci je toho na toho klienta dost...“

Kategorie: Uplatnění na trhu práce

Pokud chceme pojednávat o rehabilitaci v pracovní sféře, je důležité zmínit i zapojení do pracovního trhu jako celku. Kategorie Uplatnění na trhu práce obsahuje kódy: **minimální spolupráce s pracovními agenturami, nutnost zkrácené pracovní doby, absence potřeby návratu do komerčního sektoru atd.**

Cílem pracovní rehabilitace by mělo být navrácení klienta do standardního zaměstnání. Proto bylo předpokládáno, že v této věci bude organizace spolupracovat s pracovními agenturami. Ukázalo se však, a kódy v této kategorii jsou toho důkazem, že klienti vykazují minimální potřebu se vracet do „standardního“ zaměstnání a tudíž ani nevzniká potřeba spolupráce s pracovními agenturami. Respondenti uvádí, že klientům vyhovuje bezpečné prostředí chráněné dílny a vidina podpory od vedoucích pracovníků, které na komerčních pracovištích není v míře, které klient v důsledku své nemoci potřebuje.

„Oni se rádi a dobře cítí v tom chráněném prostředí té chráněné dílny, kdy jim je dávaná ta podpora. Takže se tu cítí dobře a nemají ani tu potřebu...“

Jak respondenti uvádí, občas se vyskytne klient, který má potřebu prostředí chráněné dílny, nicméně se tato potřeba nepotkává často s úspěchem a klient se vrací do systému Fokusu.

„Vím, že to třeba klient zkusil, vím, že klient dělal v McDonaldu před Fokusem, nastoupil do Fokusu, a pak nám utekl do toho McDonaldu znovu, ale vrátil se nám, takže tady to vím.“

Ze spektra poskytovaných služeb v oblasti pracovního uplatnění ve Fokusu, se v pobočce

pro Ústecký kraj ukázalo, že oblast gastronomických služeb je nejnasyčenější oblastí co do počtu zaměstnaných klientů. Tato tendence je dána širokou možností personálního obsazení na nejrůznějších pozicích, ale také je tento trend podpořen tlakem na finanční udržitelnost provozu. Gastronomické provozy oproti jiným chráněným dílnám vykazují značné rozdíly v odbytu.

Kategorie: Systémové nedostatky

Vzhledem k připravované reformě psychiatrie byli respondenti dotazováni na systémové nedostatky, které jim komplikují práci. V této kategorii se nejvíce vyskytovaly kódy: **financování služeb, kapacita služeb, stigmatizace atd.**

Jako největší problém shledávají respondenti již známý fakt, a to, že služby spojené s rehabilitací jsou nedostatečně financovány, což má za následek nedostatečnou kapacitu služeb, ale i nedostatečné personální zastoupení v těchto službách.

„...obecně ve financování sociálních služeb a podpory toho sociálního podnikání, což se projevuje tím, že tu nemůže být třeba zaměstnaný další člověk, socioterapeut na plný úvazek.“

Jedním z dalších systémových nedostatků je pak provázanost služeb. Konkrétně respondenti uvádějí, že spolupráce s lékaři je mnohdy problematická. Problém shledávají ve formálním způsobu léčby, která je však zapříčiněna již zmiňovaným personálním nedostatkem. Další problém pak vidí v dehonestaci rehabilitačních služeb.

„...my se u některých psychiatrů setkáváme s tím, když svému pacientovi řeknou no, když myslíte, že vám pomůžou tak si tam zajděte.“

Dalším problémem je pak nedostatečná terénní práce. Respondenti volají po vytvoření multioborových týmů, ve kterých by byl lékař, sociální pracovník, zdravotní sestra a tyto týmy by mohly vyjíždět přímo za klientem s tím, že by ho případně mohly injekčně ošetřit a přímo na místě rozhodnout o dalším postupu.

„...tým, kterej obsahuje sociální pracovníky, psychiatry, psychology, psychiatrický sestry a tak dál jo. A tím pádem výjezd za tím člověkem je opravdu ten komplexní, kdy tam psychiatr může říct ne, tohleto už je na hospitalizace a sociální pracovník může říct ne, ne, ne! To ještě zvládne, jo je to o tom... o tý spolupráci toho sociálního a zdravotního, protože my teď třeba můžeme vyjet za klientem, ale nemáme vůbec v naší kompetenci, že bysme mu třeba přivezli léky, nesmíme. Nemůžeme mu třeba píchnout injekci, přesto, že by to možná zvládl každý druhý, prostě musí to dělat zdravotní sestra. Pak je to o tom, že člověka musíme naložit jako ten stres – vezeme vás k lékaři jo.“

Vzniku těmto týmů však brání nedostatečné personální zastoupení nejen v organizaci, ale i nedostatek personálu tohoto typu obecně, dále pak i nedostatek financí, který by umožňoval tyto pracovníky zaplatit.

Kategorie: Ideální péče

Když jsme se zmiňovali o systémových nedostatcích, je nutné též zmínit i druhou stranu věci, a to, jak by péče měla vypadat v ideální podobě. Tuto představu nám utvářejí kódy v kategorii ideální péče, která obsahuje: **komplexní péče o klienta, terénní práce, odstranění ústavní léčby, atd.**

Téměř všichni respondenti uvádí, že péče a postupy tak, jak si je nastavil Fokus, jsou ideální, a že je pouze třeba zařadit tuto službu právě do komplexního systému péče o duševně nemocné klienty.

„Já jsem takovej ten fokusák, kterej řekne, že my to máme skvělý.“

Toto tvrzení je podpořeno i výpovědí respondenta 6.

„...že je to v té skvělé fázi, že tam už nevidím nikde cestu ke zlepšení. Nedokážu si představit, kde by se to ještě dalo zlepšovat.“

Respondent 2 však podává konkrétnější výpověď o podobě ideální péče o duševně nemocné klienty.

„Tak, aby každý duševně nemocný člověk nemusel trávit čas za zdmi léčebny. Když nechce. Aby měl možnost svého bydlení, který si postupně bude umět zafinancovat z toho, co si vydělá ve zdravém zaměstnání... Aby to zaměstnání bylo důstojný pro toho člověka...Aby tam byla dobrá kombinace mezi sociálníma dávkama a tím příjmem toho člověka. Protože někdy je třeba tomu člověku nabídnout obojí, je tam potřeba ten souběh a né takováto hrozba toho: „Teďka pracuješ, tak my ti všechny dávky sebereme. Ty už nebudeš mít možnost se k těm dávkám vrátit.“

Z této výpovědi je zřejmé, že je třeba systémových změn i v přidělování důchodové podpory.

Nejideálnější stav nastiňuje respondent 1, který vidí budoucnost takto:

„Práce s lidma s duševním onemocněním v rámci komunitních služeb bez psychiatrických léčeben.“

A to za podpory právě již zmiňovaných terénních multioborových týmů, které by suplovaly ústavní péči. Zde však opět narážíme na problém ve financování a nedostatku pracovníků.

Kategorie: Zaměstnanec Fokusu

Poslední kategorie se týká samotných zaměstnanců rehabilitačního centra. Tato kategorie sdružuje kódy, které charakterizují zaměstnance Fokusu. V této kategorii se vyskytují kódy: **ovlivnění pracovní doby, nonstop nasazení, spokojenost s prací, vyhoření, zásah do soukromí atd.**

Všichni respondenti uvádí, že je práce baví a naplňuje, někteří z nich dokonce našli po předchozích zkušenostech pro ně smysluplnou práci.

„Jak jsem říkala, že teď to pro mě konečně dostalo nějaký smysl.“

Respondenti uvádí, že na jejich práci je baví kontakt s lidmi a také práce s touto cílovou skupinou.

„...hrozně mě na tom motivuje, že ta cílová skupina je natolik úzká, že mám radost z toho, že my se stáváme těma odborníkama, kteří můžou být něco platní těm lidem...“

Z této výpovědi je pak patrné, že je zde také akcentována potřeba užitečnosti a kompetentnosti.

Mnozí z těchto respondentů však dodává, že i přesto, jak je práce baví a naplňuje, jim práce zasahuje do soukromého života a to v podobě například častého přesahování pracovní doby. A přiznávají a mají obavu z možného vyhoření, které uvádí jako případný odchod z tohoto typu zaměstnání.

„Snažím se být stále k dispozici, i když je to třeba víkend, to bysme neměli, ale děláme to skoro všichni Fokusáci. I po pracovní době jsem na telefonu.“

Tento trend dokresluje i výpověď dalšího respondenta.

„Pracovní dobu mám od 8 do 4. Po většinou, já nevím, co z toho harmonogramu chcete vědět, funguju na sjednávání schůzek, to znamená, že to, co přijde už nad plán, co naruší celý harmonogram denní, týdenní, 14cti denní. Takže jakoby sama se sebou velmi tvrdě teď dřou na nějakým case managementu, protože člověk pak zjišťuje, že si do svého denního harmonogramu musí započítat i desetiminutový přejezdy městem, aby jakoby nesklouznul do nějakýho časovýho skluzu, který se pak jakoby nabaluje, nevím co tam... asi takhle. Od 8 do 4 mám oficiální pracovní dobu, která velmi často, nebo ... bývá nedodržována, nemyslím tím, že bych chodila domů dřív. Spíš naopak...“

1. Výzkumná otázka

Jaké jsou postupy pracovní rehabilitace ve zkoumaném zařízení?

Na tuto otázku jsme našli odpověď prostřednictvím popisu třetí kategorie, a tedy kategorie *specifické postupy práce s klientem*. Odpověď na tuto otázku nám dokresluje i kategorie první (*cílová skupina*), která nám pomáhá dotvářet obraz právě o těchto postupech. Mezi tyto postupy patří například komplexní úvodní mapování, které slouží k poznání klienta a k zacílení na ideální formu rehabilitace. Rehabilitační místo je dalším stěžejním bodem v rehabilitačním postupu. Na tomto, sice neplaceném, místě se klient seznamuje s prací, ověřuje své nabyté dovednosti a připravuje se na převzetí zodpovědnosti, která přichází s podpisem pracovní smlouvy.

Jako jedním z nejzásadnějších postupů rehabilitace sledujeme pak prvek **vzdělávání**. Je nutno zmínit, že vzděláváním prochází každý klient, který má zájem o pracovní zařazení. Zde se tento klient učí rozmanitému spektru dovedností potřebných k výkonu a zvládnutí práce, tedy dovednosti pracovní, ale i dovednosti bazální, jako jsou hygienické návyky atd. V tomto modulu dochází i k nácviku komunikačních dovedností.

Tento klíčový postup dle respondentů vedl k zefektivnění pracovní rehabilitace. Jak je zjevné z popisu dalších kategorií, prvek vzdělávání se prolíná i s dalšími kategoriemi, jako je například kategorie Fluktuace, kterou tento prvek pozitivně ovlivňuje. Je zřejmé, že Fokus rozhodně nepodceňuje přípravnou fázi klienta, která je též popisována v teoretické části a intenzivně se klientům v tomto ohledu věnuje.

Dalším důležitým prvkem a postupem v rehabilitaci je práce s rodinou. Tato práce dopomáhá k obnově vztahů, které mohou být nemocí zpřetrhány. Tato práce spočívá v účasti rodinných příslušníků na tzv. rodičovských skupinách, kde jsou prostřednictvím sociálního pracovníka seznamováni s nemocí, jejími projevy a dopady. Opět můžeme pozorovat již zmiňovaný prvek vzdělávání, který je zde přítomný, byť v úplně jiné podobě, než se vyskytuje v případě vzdělávání klienta.

Z uvedených postupů je viditelné, že se Fokus v současné době snaží naplňovat ideje reformy psychiatrické péče, které byly definovány Ministerstvem zdravotnictví ČR (dále jen MZČR) v dokumentu Strategie reformy psychiatrické péče (Výňatek z této strategie je k nahlédnutí v příloze). A to konkrétně oním již tolikrát zmiňovaným vzděláváním.

Cílem strategie je v bodě 5 zvýšení úspěšnosti začleňování duševně nemocného do společnosti. Akcentuje zde zlepšení podmínek pro zaměstnávání a vzdělávání. Tento bod hovoří dále o tom, že nedostatky ve vzdělávání snižují uplatnění duševně nemocných a trpí tím pak celková kvalita jejich života (MZČR, 2013).

2. Výzkumná otázka

Jaká jsou úskalí současné péče?

Odpověď na tuto výzkumnou otázku nám sytí kódy a popisy kategorií: *Problémy na pracovišti, Systémové nedostatky, Fluktuace, Uplatnění na trhu práce, Práce s motivací, Ideální péče.*

Odpověď na tuto otázku můžeme rozdělit na dvě hlavní kategorie, na kategorii *úskalí spojená s prací* a kategorii *systémová úskalí*.

Jedním z nejčastějších problémů, který se na pracovišti projevuje, je podle slov respondentů problém ve vztahové rovině. Ten se řeší na pravidelných týmových intervizích. V těchto uzavřených skupinách se řeší právě tyto problémy a problémy pracovní za přítomnosti sociálního pracovníka. Aniž bychom chtěli znevažovat práci těchto pracovníků, vidíme zde však prostor pro uplatnění psychologa, který by mohl napomáhat k efektivnější nápravě těchto potíží. Další častou komplikací v práci je zhoršení zdravotního stavu klientů. Tento problém je řešen ze strany pracovníků, buď jejich osobní intervencí anebo kontaktem sociálního pracovníka, který rozhoduje o dalším postupu. Tyto následné kroky mohou být v podobě dovolené, ale v krajním případě může doporučit i hospitalizaci. Opět zde vidíme prostor pro intervenci psychologa, který by mohl fungovat v rámci tohoto zařízení a v součinnosti právě se sociálním pracovníkem by se mohli pokusit o nápravu a zabránit tak hospitalizaci.

V rámci strategie se s touto provázaností sociálních a zdravotních služeb počítá a je zmiňována v jednom z bodů strategie. Dále se počítá s finanční podporou pro vznik takovýchto týmů, kde by byli zástupci všech složek péče o duševně nemocného, jako je právě sociální pracovník, psycholog a další (MZČR, 2013).

Dalším z řady problémů, se kterými se pracovníci potýkají, je problém s motivací klientů, která ovlivňuje jejich pracovní výkony. Můžeme pozorovat jakési dvě tendence, které se v této problematice objevují. První z nich je reziduální vliv abulie, kterou se zaměstnancům daří redukovat motivaci v podobě konfrontace s úspěchy. A na opačném pólu můžeme shledávat přemotivovanost, která může mít negativní vliv na další průběh rehabilitace. Tento jev se daří zaměstnancům eliminovat korekcí cílů a usměrněním klienta. Je tedy zřejmé, že práci s motivací mají pracovníci dobře zvládnutou a daří se jim tento problém obstojně řešit.

Co se systémových nedostatků týče, ty se okrajově nastínily již v předchozím popisu nedostatků v péči. Hlavním nedostatkem je podle slov respondentů financování péče a služeb tohoto typu jako celku. Mezi další nejpálčivější problémy pak patří, již zmiňovaná, provázanost péče a terénní práce.

Ve strategii reformy je hned v několika bodech zmíněna nutnost změny systému

financování. Dále pak celý jeden bod, konkrétně bod 6, strategie reformy psychiatrické péče, je zaměřen na zlepšení provázanosti zdravotních, sociálních a dalších služeb. Hlavním nástrojem pro realizaci tohoto cíle má být vytvoření podmínek pro efektivní spolupráci mezi resorty státní správy a územní samosprávy (MZČR, 2013).

Jedním z předpokládaných úskalí byla vysoká fluktuace klientů na pracovních pozicích. Výzkum však ukázal, že Fokus má tento nežádoucí jev dobře ošetřen a daří se mu tomuto jevu předcházet. Z provedeného šetření je zřejmé, že fluktuaci ovlivňuje vzdělávání, což nám naznačuje, že vzdělávání má kromě své primární funkce i funkci preventivní.

Uplatnění na trhu práce je téma, o němž by se dalo pojednávat značný čas. Z provedeného šetření nám vyplynulo, že ambicí Fokusu není zaměstnávat klienty na volném pracovním trhu. Pokud však klient projeví zájem o tento druh zaměstnání, rozhodně mu v tom není bráněno. Většina respondentů však uvádí, že tyto snahy jsou úspěšné jen v opravdu malé míře. Proto je spíše tendence zaměstnávat klienty v rámci služeb, které Fokus nabízí. Toto zjištění odpovídá informacím uvedeným v teoretické části práce, že se tímto postupem vytváří závislost na instituci. Kritika dále uvádí, že klienti často dělají nesmyslnou práci. Tomuto se však Fokus snaží vyvarovat, a ačkoli zaměstnává klienty v chráněném prostředí, snaží se klientům dávat práci důstojnou a adekvátní jejich schopnostem a potenciálu.

3. Výzkumná otázka

Jak ovlivňuje pracovníky rehabilitačního centra jejich práce?

Vzhledem k tomu, že úspěšnost této služby je navázána na lidském přístupu, je důležité také prozkoumat, jak ovlivňuje tento druh práce právě zaměstnance. V případě, že by se vyskytlo příliš negativně působících vlivů, mohlo by také dojít k odlivu pracovníků z tohoto typu služby, což by zhoršilo již tak neutěšenou personální situaci v tomto sektoru. Této otázky se týká kategorie *Zaměstnanec Fokusu*.

Všichni zaměstnanci, kteří se na výzkumu podíleli, shledávají svojí práci zábavnou. Někteří našli po předchozích zkušenostech z jiných zaměstnání pro ně smysluplnou práci. Na práci je nejčastěji baví práce s cílovou skupinou. Zaměstnanci, kteří pracují přímo v gastronomických provozech, pak uvádí, že je baví oborová propojenost. Tedy kombinace práce gastronomické a terapeutické.

Na druhou stranu však téměř všichni respondenti uvedli, že jim jejich práce zasahuje do soukromí ať už přímo, v podobě překračování pracovní doby nebo nutnosti zvládat administrativu ve vlastním volnu, tak i nepřímo v podobě například telefonického kontaktu s klienty po pracovní době. Dále pak polovina respondentů odpověděla, že za možný rizikový faktor jejich

práce vidí možnost vyhoření. Z těchto důvodů vyvstává nutnost větší finanční podpory, která by zajistila rozšíření personálního kádru organizace. Dále zde vidíme prostor pro uplatnění psychologické podpory, která by ošetřovala možná rizika vzniku vyhoření.

13. Diskuze

Cílem práce bylo hloubkové zmapování postupů psychosociální rehabilitace lidí s duševním onemocněním v konkrétním zařízení. Toto mapování bylo koncipováno jako možná pilotáž pro další hlubší zkoumání této oblasti. Dalším cílem práce bylo zmapovat postupy konkrétního rehabilitačního pracoviště v kontextu připravované reformy psychiatrické péče a přinést informace o tom, jak by mohla tato reforma ovlivnit péči o duševně nemocné v praxi. Dále pak bylo cílem přinést informace o zaměstnancích poskytujících tuto službu a zjistit, zda je jejich práce nějakým způsobem ovlivňuje a popřípadě jakým.

V důsledku mé omezené teoretické znalosti a absence zkušeností s výzkumnou činností je více než pravděpodobné, že jsem se při realizaci výzkumu dopustil chyb. V důsledku nervozity se mohlo stát, že při rozhovorech respondenti odbíhali od tématu a tím se rozhovory neúměrně protahovaly, což pak mělo vliv na udržení pozornosti jak mě samotného, tak i respondenta. Na druhou stranu mi při rozhovorech mohly uniknout některé podstatné detaily, které by stály za bližší prozkoumání. Velice problematické pro mě pak bylo stanovit adekvátní kódy při práci s rozhovory a tyto kódy pak seskupovat do kategorií.

Výsledky analýzy rozhovorů v komparaci se strategií reformy psychiatrické péče přinesly zjištění, že Fokusu se částečně daří cíle reformy naplňovat již nyní. Dále pak výsledky ukázaly, že bez systémové změny a podpory, není v silách organizace některé cíle reformy naplnit, jako například vytvoření multidisciplinárních týmů. Pokud se zaměříme na výsledky týkající se zaměstnance Fokusu, shledáváme zde, že zaměstnanci s politikou péče Fokusu o klienty souhlasí, a že jsou se svou prací spokojeni. Na druhou stranu však shledáváme, že jsou zaměstnanci ohroženi syndromem vyhoření.

Výsledky však bohužel není možné zobecňovat a to hlavně z toho důvodu, že jsme se potýkali s problémem ve vzorku. Dalším významným limitem je pak fakt, že výzkum proběhl pouze v jednom zařízení. Problémy s nasycením vzorku, ale také s tím, že do výzkumu nevstoupila další organizace, vyplývají z velké časové vytíženosti zaměstnanců těchto organizací.

Jak již bylo naznačeno výše, tento výzkum může sloužit jako podklad pro další zkoumání této problematiky. Přínosné by jistě bylo porovnat postupy vícero organizací zabývajících se psychosociální rehabilitací, a to i v komplexním měřítku, tudíž zmapovat postupy psychosociální rehabilitace celkově, nejen postupy v rehabilitaci pracovní. Dále by bylo dobré provést i dotazníkové šetření pro vyšší nasycenost vzorku a umožnit tak zobecnění přinesených výsledků.

14. Sebereflexe výzkumníka

Kdybych se měl ohlédnout na počátek provedeného výzkumu, je třeba přiznat, že jsem si myslel, že provedení výzkumu bude jednodušší co do organizace. Než samotný výzkum začal, bylo nutné se zkontaktovat s paní ředitelkou organizace Fokus Labe a celý projekt jí představit. Když jsem pak s požehnáním paní ředitelky, za něž jí patří velké díky, mohl začít projekt realizovat, padla na mě tíha zodpovědnosti, která mě též pro práci motivovala, ale především znervózňovala. Samotná realizace rozhovorů byla náročná na synchronizaci časových možností respondentů. Má nervozita mě při provádění rozhovorů značně limitovala a možná mi i zabraňovala v dalším doptávání. Co mě při rozhovorech vždy uklidnilo, byl přístup respondentů, který byl vždy vstřícný. Všichni respondenti ochotně odpověděli na všechny mé dotazy, za což jim též patří velké díky.

15. Závěr

Cílem výzkumné části bylo nalezení odpovědí na tři stanovené výzkumné otázky. První výzkumná otázka byla formulována takto: **Jaké jsou postupy v pracovní rehabilitaci ve zkoumaném centru?** Zjistili jsme, že postupy ve zkoumaném zařízení jsou přesně strukturované a vzájemně na sebe navazují. Dále bylo zjištěno, že některé postupy mají klíčový vliv na další průběh pracovní rehabilitace a přispívají k redukci některých nežádoucích jevů. Dalším zjištěním bylo, že tyto postupy v některých bodech naplňují ideje připravované psychiatrické reformy.

Druhá výzkumná otázka byla formulována takto: **Jaká jsou úskalí současné péče?** Provedené šetření v této oblasti nám ukázalo, že úskalí péče o klienty s duševním onemocněním lze rozdělit do dvou oblastí. První část souboru problémů se týká úskalí v samotné praxi, tedy problémů vyskytujících se přímo na pracovišti. V rámci šetření také vyplynulo, že tento druh překážek se pracovníkům ve velké míře daří řešit. Druhou část problému tvoří překážky systémové. Tato část problémů se nijak významně nelišila od obecně známých nedostatků v péči, kterými jsou například financování a personální kapacity. V tomto ohledu však šetření prokázalo, že v důsledku těchto nedostatků nemůže Fokus naplno využít svého potenciálu.

Závěrečná otázka byla formulována takto: **Jak ovlivňuje pracovníky rehabilitačního centra jejich práce?** Výzkum v tomto ohledu přinesl informace, které poukazují na dva důležité fakty. Za prvé, všichni zaměstnanci, účastníci se tohoto výzkumu, jsou ve své práci spokojeni a tato práce je naplňuje. Za druhé, ačkoli tito zaměstnanci uvádí, že jsou ve své práci spokojeni, v důsledku vysokého pracovního nasazení jsou ohroženi syndromem vyhoření.

IV. Souhrn

V naší práci se zaměřujeme na oblast následné péče o duševně nemocné jedince. V první části práce se pokoušíme o sumarizaci poznatků cílové skupiny rehabilitačních center. Tedy shromáždili jsme podstatné informace o projevech nemocí, se kterými klient do rehabilitačního centra nejčastěji přichází. Popisujeme nejen jejich projevy, ale také etiologii a také se zmiňujeme o možnostech léčby. Značný díl první části práce je pak věnován právě péči následné. V kapitolách, věnujících se následné péči, se zaměřujeme na možnosti a způsoby psychosociální rehabilitace.

Pro praktickou část byly vybrány postupy kvalitativní metodologie, vystavěné na prvcích zakotvené teorie. Z postupů zakotvené teorie jsme vybrali otevřené kódování a jako nadstavbu jsme použili techniku „vyložení karet“. Výzkumný vzorek byl tvořen šesti respondenty z řad zaměstnanců rehabilitačního centra Fokus Labe Ústí nad Labem. Podklady pro výzkum byly získány za pomoci polostrukturovaného rozhovoru.

V kapitole Výsledky jsme se zaměřili na popis jednotlivých kategorií, které přinesly poznatky zejména o postupech, které uplatňuje rehabilitační centrum Fokus Labe. Postupem, který byl u respondentů nejvíce akcentovaný, a který prostupoval řadu dalších kategorií, bylo vzdělávání. Tento postup nejen ovlivňuje přípravu na budoucí zaměstnání a dodává potřebné kompetence k jeho výkonu, ale také působí jako preventivní a redukční prvek pracovního neúspěchu. Ve výsledcích jsme také komparovali udávané postupy se strategií reformy psychiatrické péče a bylo zjištěno, že Fokusu se v současné době již daří některé z bodů strategie naplňovat. Na základě těchto zjištění existuje předpoklad, že takovýto druh zařízení zaujme důstojné místo v novém systému psychiatrické péče.

V. Zdroje a použitá literatura

1. Baštecká, B ., & kol. (2003). *Klinická psychologie v praxi* . Praha: Portál .
2. Brisch, R ., Saniotis, A ., Wolf, R ., Bielau, H ., Bernstein, H . G ., Steiner, J ., et al. (2014). The Role of Dopamine in Schizophrenia from a Neurobiological and Evolutionary Perspective: Old Fashioned, but Still in Vogue. *Frontiers in Psychiatry* 5 , 1 –11.
3. Češková, E . (2005). *Schizofrenie a její léčba* . Praha: Maxdorf.
4. Čermák, I ., & Miovský, M . (2000). Kvalitativní výzkum v psychologii. *Kvalitativní výzkum ve vědách o člověku na prahu třetího tisíciletí* (stránky 10-21). Brno: Albert .
5. Foitová, Z ., (2009) Komunitní péče aneb Aby péče o duši neztratila duši. In Pěč, O ., & Probstová, V . *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče* (pp. 208-245). Praha: Triton.
6. Fokus Labe. (n .d .) O nás. Dostupné z : <http://www.fokuslabe.cz/o-nas/>
7. Ghafari, E ., Fararouie M ., Shirazi, H .G ., Farhangfar A ., Ghaderi F ., and Mohammadi A . (2013). Combination of Estrogen and Antipsychotics in the Treatment of Women with Chronic Schizophrenia: A Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Clinical Trial. *Clinical Schizophrenia and Related Psychoses* 6 (4) , 172–76.
8. Hartl, P ., & Hartlová, H . (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
9. Hendl, J . (2005). *Kvalitativní výzkum : Základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
10. Jarolímek, M . (2006). *O lidech, kteří onemocněli schizofrenií*. Praha: Občanské sdružení BAOBAB.
11. Kalina, K . (2001). *Jak žít s psychózou*. Praha: Portál.
12. Kahn, R . S ., Fleischhacker, W . W ., Boter, H ., Davidson, M ., Vergouwe, Y ., Keet, I ., et al. (2008). Effectiveness of Antipsychotic Drugs in First-Episode Schizophrenia and Schizophreniform Disorder: An Open Randomised Clinical Trial. *The Lancet* 371, 1085–97
13. Kučerová, H . (2010). *Schizofrenie v kazuistikách* . Praha: Grada Publishing.
14. Lee, W . K .,(2013) Effectiveness of Computerized Cognitive Rehabilitation Training on Symptomatological, Neuropsychological and Work Function in Patients with Schizophrenia. *Asia-Pacific Psychiatry* 5 (2) , 90–100. Maršálek, M . (2007). *Deprese u schizofrenie* . Praha: Maxdorf.
15. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2013). *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (10 revize)*. Praha: ÚZIS ČR.

16. Ministerstvo zdravotnictví ČR. (2013). *Strategie reformy psychiatrické péče* [verze 1.0]. Dostupné z http://www.strukturalni-fondy.cz/getmedia/99776079-b003-44f3-918e-7a541eefbfb8/SRPP_publicace_web_9-10-2013.pdf?ext=.pdf
 17. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
 18. Motlová, L. B., & Španiel, F. (2013). *Schizofrenie - Jak předcházet relapsu aneb terapie pro 21. století*. Praha: Mladá fronta.
 19. Novák, T., Smékalové, E., & Lauermann, M. (2005). *Standardy kvality sociálních služeb v komunitních centrech*. Praha: Nová škola.
 20. Novosad, L. (2006). *Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál.
 21. Pěč, O., Vachokvá, L., Wogurková, D., Muží, J., & Kriovšíková, M. (2009). Psychiatrická rehabilitace. In Pěč, O., & Probstová, V. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče* (pp. 94-139). Praha: Triton.
 22. Praško, J. (2005). *Léčíme se s psychózou*. Praha: Medical Tribune CZ.
 23. Praško, J. (2001). *Psychotická porucha a její léčba: Příručka pro nemocné a jejich rodiny*. Praha: Maxdorf.
 24. Strauss, A., & Corbinová, J. (1999). *Základy Kvalitativního výzkumu*. Brno: Sdružení podané ruce.
 25. Švaříček, R., & Šed'ová, K. (2007). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál.
 26. Zháněl, J., Hellenbrandt, V., & Sebera, M. (2014). *Metodologie výzkumné práce*. Brno: Masarykova univerzita.
-

Přílohy

Základní demografické charakteristiky

Respondent 1

Věk: 35 let

Vzdělání: Vysokoškolské

Délka praxe: 5 let

Pracovní zařazení: Vedoucí pracovní rehabilitace

Respondent 4

Věk: 24 let

Vzdělání: Vyšší odborné

Délka praxe: 2,5 roku

Pracovní zařazení: Socioterapeut

Respondent 2

Věk: 38 let

Vzdělání: Vysokoškolské

Délka praxe: 12 let

Pracovní zařazení: Ředitel pracovní rehabilitace

Respondent 5

Věk: 45 let

Vzdělání: Vyšší odborné

Délka praxe: 5 let

Pracovní zařazení: Vedoucí gastro. služeb

Respondent 3

Věk: 36 let

Vzdělání: Vysokoškolské

Délka praxe: 9 let

Pracovní zařazení: Vedoucí chráněné dílny

Respondent 6

Věk: 46 let

Vzdělání: Středoškolské

Délka praxe: 6 let

Pracovní zařazení: Vedoucí chráněné dílny

Výňatek ze Strategie reformy psychiatrické péče uveřejněné Ministerstvem zdravotnictví 8. října 2013

4.1. NÁZEV A POPIS SPECIFICKÉHO CÍLE, DOPADY JEHO NAPLNĚNÍ Níže specifikované cíle, stejně jako prostředky k jejich dosažení a způsob jejich vyhodnocování, jsou vzájemně provázané a částečně se překrývají.

CÍL 1 : ZVÝŠIT KVALITU PSYCHIATRICKÉ PÉČE SYSTÉMOVOU ZMĚNOU ORGANIZACE JEJÍHO POSKYTOVÁNÍ.

První cíl byl stanoven na základě zmapované zpětné vazby od uživatelů psychiatrické péče a odborné veřejnosti. Reaguje na řadu nedostatků v oblasti poskytování zdravotní péče, provázanosti zdravotní a sociální péče, její dostupnosti, vazeb mezi poskytovanými službami a řadou dalších identifikovaných nedostatků. Změna organizace primárně povede ke zkvalitnění poskytovaných služeb a zajistí tak kvalitnější péči pro jejich uživatele. Systém psychiatrické péče bude mít vytvořené mechanismy k reflexi vlastní činnosti, ale i stavu současného poznání, aktuálním trendům, ekonomické situaci apod. Klíčová opatření zahrnují vznik Center duševního zdraví jakožto nového pilíře poskytování psychiatrické péče s návazností na sociální oblast, a dále pak opatření vedoucí k rozšíření sítě poskytovatelů psychiatrické péče včetně návazných služeb a restrukturalizace lůžkové péče (ve smyslu lepší dostupnosti). Hlavním předpokladem pro naplnění tohoto cíle je zajištění dlouhodobě udržitelného nastavení financování systému psychiatrické péče. Mezi potenciální rizika z hlediska udržitelnosti financování psychiatrické péče je možné uvést nedostatek prostředků alokovaných do nového systému financování psychiatrické péče.

CÍL 2 : OMEZIT STIGMATIZACI DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH A OBORU PSYCHIATRIE OBECNĚ.

Vychází z výsledků mapování vnímání duševně nemocných a duševních nemocí laickou i odbornou veřejností a orgány státní správy. Ve společnosti jsou duševně nemocní často stigmatizováni, což vytváří další komplikace pro jejich plnohodnotné začlenění do společnosti, při léčbě, vzdělávání, zaměstnávání apod. Omezení stigmatizace a následného vyčleňování duševně nemocných ze společnosti povede ke zlepšení jejich kvality života a k rozšíření příležitostí pro jejich uplatnění ve společnosti. Klíčová opatření vedoucí k dosažení tohoto cíle spočívají především v oblasti edukace laické a odborné veřejnosti a zaměstnanců státní správy a územní samosprávy, dále pak v zajištění transformace směrem k větší otevřenosti a zajištění nezávislé a jasně metodicky ukotvené kontroly (včetně kontroly kvality služeb). Hlavním předpokladem pro naplnění tohoto cíle je vytvoření dlouhodobých a efektivních destigmatizačních a vzdělávacích programů. Mezi hlavní riziko u tohoto cíle řadíme především nedostatečnou alokaci finančních prostředků pro destigmatizační a vzdělávací programy a jejich následnou

nedostatečnou účinnost.

CÍL 3: ZVÝŠIT SPOKOJENOST UŽIVATELŮ A JEJICH RODIN S POSKYTOVANOU PSYCHIATRICKOU PÉČÍ.

Vychází z identifikovaných nedostatků v poskytování psychiatrické péče, které v konečném důsledku snižují celkovou spokojenost duševně nemocných a jejich rodin. Hlavním zaměřením je zlepšení komunikace odborné veřejnosti s duševně nemocnými a jejich rodinami. Zvýšení spokojenosti duševně nemocných a jejich rodin má přímý dopad na naplňování globálního cíle strategie. Klíčová opatření jsou zaměřena na edukaci odborné veřejnosti a vyšší provázanost zdravotních a sociálních služeb. Významným nástrojem naplňujícím tento cíl bude uplatnění výsledků z aktuálně připravovaného projektu „SKVP“. (Standardní klasifikace vybudovaného prostředí u poskytovatelů psychiatrické péče). Cílem projektu bude mimo jiné definice standardů kvality poskytované péče. Hlavním předpokladem je zajištění efektivních edukačních programů pro odbornou i laickou veřejnost. Rizikem je naopak setrvávání konzervativního přístupu k poskytování psychiatrické péče v ČR.

CÍL 4: ZVÝŠIT EFEKTIVITU PSYCHIATRICKÉ PÉČE VČASNOU DIAGNOSTIKOU A IDENTIFIKACÍ SKRYTÉ PSYCHIATRICKÉ NEMOCNOSTI.

Vychází ze shromážděných dat a informací o nedostatečné schopnosti identifikovat skrytou psychiatrickou nemocnost v systému zdravotnictví. Pro dosažení cíle je nezbytné zlepšit a rozšířit pregraduální i postgraduální vzdělávání lékařů a odborných pracovníků mimo oblast psychiatrie tak, aby se zvýšila schopnost odhalovat psychiatrickou nemocnost, což povede k časně léčbě a předání duševně nemocného do péče odborníkům. Skrytá nemocnost znemožňuje účinnou péči pro duševně nemocného, čímž zhoršuje kvalitu jeho života. Její odhalování má tak přímý dopad na dosažení globálního cíle strategie. Klíčová opatření spočívají v edukaci zdravotnických pracovníků a jsou popsána v pasážích tohoto dokumentu pod názvem „Edukace“, a to jak v části obecných doporučení, tak v rámci jednotlivých pilířů. Další klíčovou roli zaujímá uplatňování konsiliární psychiatrie (týmu) ve všeobecných nemocnicích, která zajistí identifikaci skryté psychiatrické nemocnosti na somatických odděleních a poskytne asistenci somatickým lékařům v diagnostice a léčbě pacientů. Předpokladem pro dosažení tohoto cíle je rozšíření systému vzdělávání ve zdravotnictví.

CÍL 5: ZVÝŠIT ÚSPĚŠNOST PLNOHODNOTNÉHO ZAČLEŇOVÁNÍ DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH DO SPOLEČNOSTI (ZEJMÉNA ZLEPŠENÍM PODMÍNEK PRO ZAMĚSTNANOST, VZDĚLÁVÁNÍ A BYDLENÍ AJ.).

Vzdělávání a plnohodnotné začleňování duševně nemocných do společnosti je oblast, kterou odborná i laická veřejnost vnímá jako nedostatečně rozvinutou. Pro mnoho duševně

nemocných pak není možné dosáhnout vyššího stupně uplatnění, což negativně ovlivňuje kvalitu jejich života. Opatření vedoucí k naplnění cíle zahrnují zejména lepší provázanost mezi zdravotní a sociální oblastí, zavedení pilíře CDZ a rozšíření sítě poskytovatelů psychiatrické péče. Předpoklady pro dosažení cíle zahrnují zajištění nového systému financování psychiatrické péče a zvýšení provázanosti mezi zdravotní a sociální oblastí. Riziko spočívá v setrvávání na konzervativním přístupu k poskytování psychiatrické péče.

CÍL 6 : ZLEPŠIT PROVÁZANOST ZDRAVOTNÍCH, SOCIÁLNÍCH A DALŠÍCH NÁVAZNÝCH SLUŽEB. Zdravotní, sociální a další návazné služby jsou organizovány v rámci různých částí státní správy a územní samosprávy. Spadají tak do kompetence několika resortů a územně samosprávných celků. V rámci předchozích fází přípravy Strategie byla provázanost těchto služeb vyhodnocena jako nedostatečná. Duševně nemocní vyžadují nejen psychiatrickou péči, ale pro jejich uplatnění ve společnosti je třeba usnadnit přístup k využívání sociálních služeb a k dalšímu vzdělávání. Klíčová je vzájemná provázanost, důraz na meziresortní a multiprofesní přístup. Hlavní opatření vedoucí k dosažení cíle primárně zahrnuje nastavení efektivní spolupráce mezi složkami státní správy (resorty) a územní samosprávy. Předpokladem pro úspěšné dosažení cíle je zajištění spolupráce nezdravotnických složek státní správy (resortů) a územních samospráv při přípravě a realizaci organizačních změn a opatření. Potenciálním rizikem je naopak nedostatek součinnosti všech zainteresovaných stran.

CÍL 7 : HUMANIZOVAT PSYCHIATRICKOU PÉČI.

Lůžková psychiatrická péče v ČR je primárně založena na modelu, který má své těžiště v institucionálním prostředí. Tento model je charakteristický nedostatkem komunitních služeb poskytovaných v prostředí blíže duševně nemocným. Neméně důležitým aspektem v rámci humanizace je zlepšení podmínek péče ve stávajících zařízeních, jako jsou psychiatrické léčebny/nemocnice a psychiatrická oddělení nemocnic, a to za pomoci investic do kultivace tamějšího prostředí. Přiblížení péče k duševně nemocným a odklon od institucionálního modelu péče k modelu vyváženému ve svém důsledku povede ke zlepšení jejich kvality života. Rozvoj péče poskytované v rámci CDZ a dalších extramurálních služeb, optimalizace sítě a modernizace lůžkového fondu s vazbou na definovaný cílový stav, kdy přirozeným důsledkem rozvinuté extramurální péče bude redukce lůžkové kapacity, patří mezi klíčová opatření pro dosažení cíle humanizace péče. Předpokladem pro dosažení cíle je primárně zajištění nového systému financování psychiatrické péče a adekvátní dotační podpora (ESF a další dotační tituly). Riziko tohoto cíle spočívá v setrvávání na konzervativním přístupu v poskytování psychiatrické péče a v nedohodě na novém systému financování psychiatrické péče.

(Pojmem „extramurální“ péče/služby máme na mysli péči a služby, které jsou

poskytovány jindy a jinde než v lůžkovém zařízení v době trvání hospitalizace.)

Autentický přepis rozhovoru

Respondent 5

V: Jak vypadá typický klient Fokusu?

R: V podstatě se jedná o takový řekl bych vrchol ledovce kdy ten klient, který k nám přijde do pracovního procesu, tak už je nějakým způsobem seznámen s veškerým tím procesem, co ta pracovní smlouva obnáší, oni u nás začínají po nějakém prvokontaktu v rámci nějakých volnočasových aktivitách, začínají u nás v bazálních dílnách, učej se nějaký socializaci nějaké komunikaci, osobní, duševní hygieně, to je vlastně jejich prvopočátek. Pak nějak vnitřně v rámci firmy prochází nějakým školením v daných úsecích, pro který by se měli specifikovat, prochází různými úrovněmi a délkou trvání tak, aby to pro ně bylo krátké a intenzivní a né dlouhotrvající, ale pořád motivující. Takže ti, co se dostanou k nám na to pracovní místo, tak mají za sebou v podstatě cílenou a intenzivní zhruba roční masáž. Takže k nám už přichází opravdu profesně zdatný vyprofilovaný a hlavně chci říci, že dobře zaléčení pod medikací a stálou kontrolou jejich klíčových pracovníků a sociálních pracovníků.

V : Takže, když bych to shrnul, jedná se o duševně nemocného člověka, který prošel nějakým kolečkem vzdělávání ?

R : Jasně jasně. Cílová skupina jsou vlastně uživatelé služby s duševním handicapem.

V : Je nějaký typ klienta, který je vyloženě nevhodný pro tu práci?

R : To je těžké říci. Tam je potřeba nestigmatizovat u něj ty věci, který ta duševní choroba přináší a pak se to buď potká, nebo nepotká, já tady v tom nejsem nějakým způsobem dovzděláván, takže nevím, jestli je vyloženě nějaký typ duševní choroby, která je vyloženě nevhodná pro přímý kontakt s lidmi asi samozřejmě jo. Může to být nějaká fobie nějaká paranoia ze stálého kontaktu nebo velkého výskytu lidí, tak samozřejmě tak to být může, ale je to myslím věcí nějakého intenzivního bádání nebo intenzivního kontaktu mezi klíčovým pracovníkem, potažmo sociální službou a klientem samotným, aby se vlastně zjistilo jak na tom ve skutečnosti je, protože to že má někdo nějaké číslo, nějakou diagnózu neznamena automaticky, že je nevhodným.

V : Čím je specifická rehabilitace u těchto klientů?

R : Specifický je tou náročností, protože ti uživatelé, kteří tu vidíte (v kavárně) nejsou ti upozaděni navlíkači korálků nebo lepiči pytlíků, to jsou lidi, kteří mají nějaký facelift, kteří mají nějakou úroveň, nějakou komunikační znalost komunikační dovednost. Možná byste se divil, ale mnozí mají vyšší vzdělání než my. Jsou to absolventi vysokých škol, průmyslovek. Kdy ta jejich nemoc je nedoprovázela celým jejich životem, ale vznikla na popud nějaké nepříjemné události v rodině, nějakého zkrachovalého vztahu, nějaké negativní zkušenosti s drogou. Jsou to lidé, kteří

měli nějakým způsobem našlápnuto k normálnímu zdravému životu, a pak se stalo něco, co jim tu nemoc spustilo. Takže oni v podstatě se vrací tím vzděláváním tou intenzivní masáží zpátky k tomu normálu nebo snažíme se o to v návaznosti na jejich schopnosti a dovednosti samozřejmě né všichni na tom začátku se vyprofilují do tady té služby, my samozřejmě těm uživatelům neposkytujeme jenom práci nebo ne jenom práci v gastronomických provozech, máme i jiné dílny kdy oni třeba v návaznosti na svou sníženou dovednost nebo jemnou motoriku jsou upozaděni a dělají v těch více chráněných dílnách kde nejsou vystaveni tolik tomu kontaktu se zákazníkem, takže šijí, pracují na zahradních a parkových úpravách v našich mobilních dílnách, takže nejenom ta gastronomie, kam sme napřeli ten hlavní tlak a ten cíl, je ten jedinej produkt, kterej jsme schopni nabídnout. Ono samozřejmě na začátku profiluje, kdo pro jakou práci je schopen ne tak on sám se vidí tak jak ho vidíme my.

V : Takže základním tím specifíkem pro tu rehabilitaci je to vzdělávání ?

R : Ano, u nás je to tak i nastavené, že když u nás někdo chce se dostat až na ten vrchol, že se dostane až do toho pracovního procesu a bude mu nabídnuta pracovní smlouva, tak musí projít nějakým intenzivním vzděláváním, které prostě postupně přidává v té náročnosti, té obtížnosti a dovednosti. Někdo skončí v půlce té cesty, někdo nedokončí ani ten modul vzdělávací, někdo se vyprofiluje pro úplně jinou činnost, kterou jsme schopni mu nabídnout a poskytnout, někdo třeba skončí v našem chráněném bydlení, protože pak dál nestojí o to, jít čelem proti masám, potřebuje nějakou bariéru a vyhovují mu ty bazální dílny, vyhovují mu ty volnočasové aktivity, cítí se furt dobře a nemá potřebu se dál rozvíjet. Ale i to, že se nějakým způsobem socializuje a je schopen sám bydlet v rámci chráněného bydlení je pro mnohé obrovský kus práce, obrovské posun v kvalitě jejich duševního života, takže opravdu na ta koncová místa těch uživatelů přímých transparentních prodejů té naší služby se dostávají jen ti, co projdou tím intenzivním vzdělávacím modulem, počínaje docházením do těch volnočasových aktivit a bazálních dílen a pak teprve nastupují, nastupují na nějaká rehabilitační pracovní místa a až potom nastupují. Je to dlouhý proces a kdo je ochoten a schopen se tomu podřídit, tak se dopracovává k tomu místu a je to dané tím, že to máme takové rozfázované, aby to pro ně nebylo náročné, aby po malých dávkách byli schopni to vstřebávat a chápat a vnímat a pořád se k tomu cyklicky vracíme a pořád je v tom nějakým způsobem tlačíme dál a dál až k tomu jejich vytouženému cíli.

V : Takže ty první kroky jsou skrze to vzdělávání? Pak jde ten člověk do sociálně terapeutické dílny? Pak je na rehabilitačním místě a pak když se v uvozovkách osvědčí, dostává pracovní smlouvu?

R : Ano, na tom rehabilitačním místě je to opravdu je to ten nejmenší úvazeček třikrát do

týdne na dvě hodiny, aby došlo k tomu prvokontaktu v rámci té pracovní skupiny v rámci toho kontaktu s tím zákazníkem. A ano, pak tu je nabídnuta smlouva zase s nějakým chráněným úvazkem. Začínají na nějakých 9-12 hodinách týdně a zase v rámci nějakého individuálního plánování se jim to po určitých kouscích dává k navýšení. Jak úvazek podle toho jak se v těch rolích cítí. Takže opravdu ti nejlépe zrehabilitovaní a nejlépe ukotvení ve svých rolích jsou pak na úvazcích 30 hodin týdně.

V : Když se ten člověk dostane sem do toho provozu, tak jaké jsou první kroky?

R : V podstatě je zase ošetřenej tím tréninkem na sucho, oni než přijdou do toho přímého kontaktu se zákazníkem, tak si oni na tom daném pracovišti hrají, že si trénují mezi sebou ty pracovní dovednosti ty pozice tu komunikaci verbální, neverbální t všechno oni na nečisto natrénují, než jdou do toho přímého kontaktu. A pak už přijde ta samotná opravdívá práce, to nehraní si na tu práci a s intenzivní podporou jejich odborných mistrů a sociálních pracovníků, kteří vytváří tu podporu denní.

V : Jsou nějaké úskalí té pracovní rehabilitace?

R : Úskalím co nám velice často vyvstává ... oni jak jsou intenzivní v těch prožitcích tím, jak najednou dosahují určitých vítězství tak se nám ti klienti hodně namotivují a chtějí ten úspěch užívat plnými doušky a ženou hrozně dopředu a chtějí a poptávají a pořád vysílají ty signály a je tam ta zpětná vazba: „já chci větší úvazek, já chci větší dovednosti, znalosti.“ A pak je to může zatavit, že jo. Pak je to může skopnout strašně zpátky. Takže to naštěstí máme ošetřené, že jim tohleto nedovolíme. Že ten emoční růst, který přerůstá pracovní dovednost, my u nich krotíme a rozměňujeme, aby se toho dobírali té úzdravy tou pracovní rehabilitací tak aby to měli nadělené po malých dávkách.

V : Takže jedním tím úskalím může být ta přemotivovanost?

R : Ano. Najednou se dostávají tam, že dřív se cítili podřadní neužiteční a najednou jsou dobří, jsou úspěšní a chtějí víc a víc toho úspěchu. Takže u nich k té přemotivovanosti dochází, ne u všech samozřejmě je to všechno o té formě toho handicapu jaký mají a jak se v té roli cítí. Oni to tak mají v návaznosti na ty handicap, že to co nám přijde úplně běžné tak je demotivuje a unavuje. Pro nás ptáci zpívají pro ně řvou, nám sluníčko svítí, je prostě škaredě pálí. Takže oni to mají tak jinak emočně proložené, takže to je pro ně často demotivující a procházejí těmi úskalími mnohem citelněji než my. Takže pro ně je strašně složité ráno vstát, když je plískanice. Je pro ně těžký usnout, když ještě řvou ptáci. Oni to mají tak strašně naložené na tu emotivní vlnu, že je pak mnohdy pro ně složité vůbec do té práce přijít. Takže to jak najednou naprosto překopají svůj životní styl, který do teď vedli ať už v rámci nějaké ústavní léčby nebo potom v soužití nějaké skupiny nebo něčeho takového, tak najednou oni to musí celý převorot. Respektive do téhle doby

mohou a najednou už musí. Teď už mají korektní pracovní právní vztah a tam už je to o nějakém musení a to je pro ně velmi těžké, protože to je pro ně naprosto nové, oni to nedokážou s ničím porovnat. Mnohdy pro ně ta zodpovědnost bývá svazující. Že si najednou uvědomují tu potřebnost tu důležitost a vybrané jedince to pak přerůstá, že se neumí najednou od té práce oprostít, často se vracejí zkontrolovat, jestli ten pracovní výkon ti kolegové dokážou stejně tak dobře jako když oni tam nejsou, že to mívají tak přezodpovědně naložené, že mají tu potřebu to ještě zkontrolovat, když už v práci dávno nemají být. Neumí vypnout a relaxovat tak jako my ostatní.

V : Spolupracujete s psychiatry v rámci té rehabilitace?

R : Určitě. Tak jako mají v rámci toho našeho spolku svého klíčového pracovníka, tak každý má svého psychiatra, který je přímo napojen na klíčáky, kteří s nimi vedou spoustu klíčových hovorů, analyzují a hlídají si ten kontakt, jestli opravdu ten klient v rámci nějakých rozpisů udržuje ten stálý kontakt s ním. Tam je ošetřeno, jestli dodržují medikaci, jestli udržují komunikaci a kontakt s tím psychiatrem.

V : Jaká je spolupráce s těmi psychiatry?

R : Za mě těžko posoudit. Já s nimi do kontaktu nepřicházím. Takže bohužel já vám na to nedokážu odpovědět.

V : Zapojují se v pracovní rehabilitaci členové rodiny?

R : Pořádají se tak zvané rodičovské skupiny v celku pravidelně, které jsou naprosto otevřené transparentní, kdy naši klíčáci a sociální pracovníci volají potom kontaktu s rodinou ať už za účasti klientů nebo bez klientů a v podstatě se jim narovinu snažíme říct, v čem to vlastně celé je, co my v tom fokusu vlastně děláme, proč to děláme, jak to děláme a s kým to děláme. Takže naprosto transparentně se otvíráme vztahům k rodině a otevřeně komunikujeme s rodinou a rodinnými příslušníky.

V : Dalo by se to pochopit jako že se jedná o vzdělávání té rodiny ?

R : Určitě

V : A je to tedy vzdělávání týkající se postupů fokusu i vzdělávání týkající se nemoci samotné ?

R : Ano. Je to samozřejmě opřené o spoustu individuálních schůze, které sdružení poskytuje. Sociální pracovníci často mají schůzky nejen se samotnými klienty, ale s jejich rodinnými příslušníky, rodiči a přáteli.

V : Jsou nějaké vlivy, které můžete vy jako vedoucí provozu ovlivnit, aby nedošlo k rozběhnutí té nemoci?

R : Nějakým způsobem bychom měli odfiltrovávat na základě nějakých drobných nuancí

ve chvíli, kdy toho klienta máme nějakým způsobem usazeného v jeho handicapu, tak víme, že nějaká činnost může u něj něco rozjíždět, takže bychom měli tyhle základní nuance odfiltrvat, když se nám klient takzvaně rozjíždí a pak už tu zásadní rehabilitační záležitost přehrávat na jeho klíčového pracovníka nebo na náš sociálně terapeutický tým. Takže ta je to o nějakém sjednání schůzky o nějakém upozornění.

V : Jaké jsou ty nuance, které dokážete odfiltrvat?

R : Může to začít provázet nedochvilnost, nebo naopak snaha zůstat přesčas a nabízet ještě svou činnost. Často mají rozhašenou jemnou motoriku, zvýšený třes, třes hlasu nebo nedodržují základní pravidla osobní a duševní hygieny, kdy chodí umolousaní do práce, takže tam se potom třeba něco rozjíždí ať už v té vztahové rovině nebo profesní, často to může být neklid způsobený finanční stránkou. Když bohužel vidím, jak jsou otevření tak často nabíhají na takové ty rychlé půjčky, hospodaření s penězi je pro ně taky velice složitá záležitost, takže to je pak samozřejmě uvádí taky do duševní nepohody. Protože si pak najednou začnou říkat, proč já bych měl chodit víc do práce, když mi nic nezbyde, když mi to všechno seberou atd... Takže to je taky velmi často spouštěč. Tady ta neutěšená sociální situace, na kterou si nabíhají. Samozřejmě my se je v rámci sdružení snažíme vzdělávat, aby byli finančně gramotní a aby si tady na ty věci tady na ty lichvy dávali pozor, máme na to své oddělení, které se potom tím zabývá, zabývá se oddlužením osobním exekucím a tak dále, ale oni to tak prostě mají, jsou snadno ovlivnitelní, takže na to často naskakují. Takže to jsou všechny ty negativní spouštěče, který na ně můžou působit a pak tu nemoc u nich rozjíždět. Ale zase máme to tak ošetřené, že se nestane, že by, tedy aspoň si to za celou kariéru, co jsme ve Fokusu nepamatuju, že by se nám klient rozjel tak, že bychom museli volat rychlou. Ono je to tak ošetřené v rámci těch, různých intervizí a pracovních porad a schůzek, že jsem schopni to včas odfiltrvat a toho klienta upozadit, aniž by on o tu pracovní pozici přišel. On se nemusí bát, že když nějakým způsobem lavíruje se zdravím ať už v rovině té duševní nemoci nebo třeba zdravotní, kdy tak jako my všichni chřipkujeme a marodíme s rýmou a podobně, takže oni jsou ujišťováni, že i kdyby marodili sebe déle, teď teda nemyslím v řádech let, tak že by se stalo, že by automaticky o tu svojí pozici přišli. To se 100% nestává. Oni dokonce mají svoje chráněné dny takzvané sick days, které jim vlastně sdružení poskytuje na to zotavení, když oni se necítí, tak to neznamena, že si hned musí jít pro neschopenku nebo jít na dovolenou, ale mají takzvané tři chráněné dny, v určitém časovém horizontu, které mohou využívat. Zrovna tak jsou ,ujištěni, že v případě že by museli potom skončit na lůžku, tak že to neznamena automaticky, že přicházejí o tu svojí pozici. Může se stát, že ta hospitalizace je dlouhodobá, tak oni potom jdou zpátky tím kolečkem do toho chráněného zaměstnání, takže jdou přes to rehabilitační místo a pak zpátky na tu svou pozici, ale tu pozici jim tu držíme. Je to jako když jde

mladá maminka na mateřskou. Takže oni se po té své hospitalizaci mají kam vracet.

V : Specifikem schizofrenie je ztráta vůle. Máte nějaký nástroj, jak tady s tou ztrátou pracovat?

R : Je potřeba je stále dokola motivovat, je potřeba stále s nimi být v kontaktu. Verbálně neverbálně s nimi komunikovat udržovat s nimi oční kontakty, chválit. Chválit krátkým poplácáním, podáním ruky. Chválit jednou větou, udržovat je v tom, že ta jejich práce má smysl, je potřebná a zodpovědná. Motivace ta na to funguje. A nemusí to být třeba jen v tom, že čeká na výplatu, kde se objevuje ten motivační prvek. Což je samozřejmě příjemný pro všechny, ale mnohdy to může být podání ruky, poděkování za odvedený výkon, krátké posezení a zhodnocení jeho úsilí a výkonu, to je pro ně hodně motivační. A pak samozřejmě ten úspěch, kdy je pochválen z venku od zákazníka.

V : Je vaším cílem dostat ty klienty do standardního pracovního prostředí?

R : Stává se to. V podstatě nedokážu říct, jestli je to naším cílem. Jestli to má být to top, tak se to čas od času stává, ale zřídka kdy. Oni se rádi a dobře cítí v tom chráněném prostředí té chráněné dílny, kdy jim je dávaná ta podpora. Takže se tu cítí dobře a nemají ani tu potřebu, to jsou opravdu v řádech jednotek procent, ti vybraní, kteří to chtějí a poptávají a chtějí jít tou maximální cestou až prostě na ten vrchol, ale sám znám jen velmi málo případů asi 3 .

V : Spolupracujete s pracovními agenturami, i když je to tak marginální záležitost?

R : Nějaká provázanost tady je, konkrétně se sociální agenturou tady v UI jsme v úzkém kontaktu.

V : A s nějakou komerční agenturou jste v kontaktu?

R : Nevím o tom. Je možné, že pan ředitel té pracovníci pak dál poskytuje ty kontakty nebo ty jejich CV, že třeba pak poskytuje, že usoudí v rámci nějakého konsilia, že je toho klient schopný aby šel klient mimo sdružení tak je samozřejmě schopen to poskytnout. Ale nevím vyloženě o tom, že bychom byli na někoho zaháčkování.

V : Takže je to spíš tak, že se s tím jedním konkrétním člověkem osloví jedna konkrétní agentura? Není to tedy tak, že byste byli trvale propojeni?

R : Ne to ne.

V : Dá se říct kolik v průměru klient vystřídá pracovních pozic, než se uchytlí na místě, které ho naplňuje?

R : Oni v rámci toho vzdělávání vědí na co trénují. Může se stát, že během těch vzdělávacích modulů, tohleto v rámci svého handicapu nedávají, mají horší jemnou motoriku, tak že se na tu pozici nehodí. Takže oni než na tu pozici nastoupí tak už jsou vytrénováni a abychom byli schopni zvážit jestli v té pozici obstojí. Aby nesklízeli neúspěch až potom v tom pracovním

procesu. Takže to odfiltrujeme v rámci těch vzdělávacích modulů. Takže se pak nestává, že by nějakým způsobem fluktovali. Myslím si, si že fluktuují mnohem míň než klasičtí zdraví zaměstnanci. Samozřejmě může se stát, že se někdo v té roli pracovníka obsluhy necítí, tak pak přeje do mobilní dílny a je rád na vzduchu. Ale zase to jsou jednotky procent. U nás když si tu pracovní pozici usadí tak maximálně fluktuují v rámci těch provozoven, že tak jako doplňují ty týmy. A postupují v tom žebříčku v té hierarchii těch dovedností. Takže pak jdou na více frekventovaný provoz, ale pořád je to v rámci té gastronomie. Akorát je to třeba o tom, že má třeba větší komunikační dovednosti a zručnosti. Takže pak jsou schopni realizovat zakázky rautového typu. Ale pořád se profilují v té jedné profesi.

V : A to je tedy dáno tím vývojem.

R : Ano

V : Jak to vzdělávání vypadá? Je nějaký základní modul, kde jsou nabídnuty nějaké možnosti a pak už ten klient jde konkrétním směrem, že se konkrétně zaměřuje na gastronomii?

R : Ano. Oni dopředu vědí, do jakého modulu nastupují. Na tom začátku mohou všichni začínat na úplně stejné linii ať už třeba v modulu šicí dílny nebo by se vrátil zpět do bazální dílny. Tak ten klient na tom začátku v rámci toho vzdělávání, v tom prvo vzdělávání se on učí přes tu bazální dílnu včas vstávat, včas docházet, udržovat nějakou základní hygienu. A to je pro všechny ty pracovní dovednosti stejné a povinné abychom v té roli mohli pak dál fungovat a pracovat, tak tohleto musí být ve všech těch pracovních pozicích ukotvené, jako jedna z těch základních dovedností. Že dovedu včas a v pořádku vstát a v případě, že to nedoved, tak včas a v pořádku se omluvit. To je na tom startu. A potom už jdou ty větve a to členění, kdy oni už vědí, pro který z těch modulů byli předvybráni z nějakých intenzivních pohovorů a dotazníků a kontaktů s jejich klíčovými pracovníky a jejich zpětnovazebných hovorů s jejich klíčovými pracovníky. A pak se začnou to profesí nějak posouvat.

V : Lze říct s jakými nejčastějšími problémy se klient v té práci potýká?

R : Co tak může snižovat kvalitu toho jejich pracovního výkonu. Těžko říct není to tak jednoduše uchopitelné. Ono to může být pokaždé něco jiného. Může to být neklid na pracovišti, může to být rozlitá káva, může to být špatně formulovaná otázka zákazníkovi, může to být negativní zpětná vazba od zákazníka. Těch spouštěčů je víc jo, oni jsou hodně citlivě založený, tak nad mnohými věcmi, které nám přijdou přirozené, tak je prostě rozhodí. A pak je to o tom jestli oni to dokážou odfiltrovat, svěřit se s tím a říct to a řešit to hned aktuálně, nebo jestli se zacyklí a uzavrou a pak je to šírá, až není schopen realizovat další následnou činnost. Takže asi těžko říct že je to to a to.

V : Co je nejčastějším důvodem změny toho zaměstnání toho klienta?

R : No... Může to být, že ten klient má vyšší potřebu finanční motivovanosti, kterou my zase máme nějakým způsobem limitovanou tak aby oni nepřicházeli o svoje důchody, takže je to tak v nějakém souladu aby to korespondovalo se systémem, a čas od času se některým klientům stává, že se vydají mimo sdružení a tam si nabijí a pak se vrací. Protože to, že oni se cítí už zdraví a v pořádku a schopní realizovat se v klasickým komerčním životě, mnohdy neodpovídá jejich skutečnu duševnímu rozpoložení. Ale oni nemají ten zdravý náhled, oni ho nemůžou mít na sebe. Takže více méně to, co je žene ven, ta větší potřeba vyššího výdělků, to jak jsou rychle schopni naposlouchat toho, co jim naslibují jinde. Většinou to pak nedopadá, protože oni nejsou schopni toho klasického standardního pracovního úvazku 40 hodin týdně. K tomu my je nevedem a ani nedovedeme. U nás nikdo takhle intenzivně zaměstnáván není. Nikdo z našich klientů nepracuje 40 hodin týdně.

V : Dá se říct v jakém odvětví se klient nejčastěji uplatní?

R : My tak jak vyplynula potřeba, být nějakým způsobem samoudržitelní, tak jsme se vyprofilovali, z těch všech větví, které jsem ve sdružení dělali, počínaje truhlářskou dílnou a konče mobilní zahradnickou dílnou, tak jsme se nejvíce vyprofilovali v poskytování gastronomických služeb, protože to je v našich očích služba nejvíce udržitelná.

V : Dá se mluvit o celorepublikové tendenci?

R : Těžko říci. Já si myslím, že i v rámci Fokusů v republice, ne všichni se nejvíc věnují gastronomii. Někteří mají šicí dílny prádelny a některé mají jenom zahradní dílny. Takže já myslím, že to je linka, kterou zvolil náš management, protože jim přišla tady v tom ranku, kde my působíme, jako nejsmysluplnější a nejvíc rozvíjející se, takže s největší možností rozšiřovat a expandovat a poskytovat a zaměstnávat víc a víc uživatelů služeb Fokusů. Kupodivu jsme některé z našich větví, které jsme provozovali, museli ukončit.

V : A proč ?

R : Nebyli jsme konkurence schopní i přesto, že si nemyslí, že bychom poskytovali méně kvalitní výrobky v rámci truhlářské dílny, jsme nedostávali takové zakázky, abychom byli udržitelní. I přesto, že jsme byli kvalitně strojně vybaveni i odborně vybaveni. Tak nekorumpujeme, zakázky nepřebíráme, takže, jak se ten trh vyvíjí, tak jsme nebyli schopni obstát. Ať už v tom komerčním prostředí, obávkové metodě a úplatečné metodě prostě my děláme všechno transparentně. Takže pak je to o tom jestli, ten zadavatel zakázky zohlední to, že opravdu podnikáme sociálně nebo je to o řeči peněz. Takže je to více méně o tom zadavateli a o to kdo tu službu poptává.

V : Lze říci, jaká je úspěšnost té psychosociální rehabilitace?

R : Jářku vyjadřovat něco v procentech, co nevím mi přijde těžké. Z mého laického pohledu, tak si myslím, že tak k 65%.

V : Je možný návrat do toho klasického komerčního zaměstnávání.

R : Možné to určitě je. A takové případy se stávají, ale je to více méně o tom jestli to ten uživatel služby opravdu chce, nebo jestli mu to vyhovuje tak jak to má usazené v rámci toho sdružení a myslím si, že 90% případů to takhle vyhovuje, mít to takhle chráněné a kontrolované. Je to takové pojištěné, že kdyby se cokoli stalo, tak tady mám tu zpětnou vazbu, mam tady tu možnost toho kontaktování a toho SOS, což pak v tom klasickém komerčním zaměstnávání o to přichází, tam mu to nikdo neposkytuje. Proto ta není prostor.

V : Setkal jste se s případem, že by k vám přišel dejme tomu zubař, prošel jsi nějakým kolečkem nácviků práce toho chozením té práce a pak se třeba vrátil k té zubařině?

R : Ne ... Stalo se, že k nám přišel inženýr a už u nás zůstal. A je spokojený. Ten pocit klidu pohody a určité jistoty, té duševní rovnováhy byl pro něj rozhodující, nebo převyšující to, že by chtěl zpátky dělat inženýra.

V : Stanovuje si klient nějaké cíle?

R : Rozhodně ano. Je sním dlouhodobě plánováno a intenzivně. Jsou to cíle v rámci toho profesního vzdělávání se. Začne třeba v pozici za tím barovým pultem, že není v tom přímém kontaktu a pak už se to posouvá v rámci té hierarchie, tak jak to máme nastavené, že jde třeba mezi ty zákazníky, že s nimi bez problémů komunikuje, že pracuje s finanční hotovostí. Takže dotoč, vkládá tu hmotnou zodpovědnost k tomu zaměstnavateli.

V : Usměřňujete klienty v tom stanovování těch cílů ?

R : Rozhodně. Převážně směrem dolů tedy. Jsou i případy které potřebují trochu namotivovat, kteří trpí sníženým sebevědomím, ale často krát je to tak, že je usměřňujeme směrem dolu. Aby si nekladli příliš vysoké cíle, protože by přicházelo pak velké zklamání. Takže radši postupnými krůčky. Někdy i vědět, že jsou ty cíle nereálné a nedosažitelné.

V : Co klienta nejvíce motivuje pro tu práci?

R : Já mám pocit, hlavně pocit sounáležitosti té jistoty, že někam patřím, že mě někdo potřebuje, že na mě stojí nějaký tým, na kusu té dovednosti, kterou já odvedu. To že se nám podaří nějakým způsobem, to je pro ně hodně motivující. A pak samozřejmě zpětná vazba ať už finanční nebo motivační ohodnocení v podobě poděkování, po pracovní posezení, pozvánka do kina, na sportovní zápolení. To že se mohou socializovat v rámci toho sdružení v rámci nějaké nadhodnoty.

V : Co klient na začátku potřebuje nejvíce?

R : Ujišťovat, že to, co se naučil v tom vzdělávacím modulu je aplikovatelné v tom

samotném life trhu. Ujistit ho v tom, že to, co se naučil se opravdu naučil a opravdu se neučil do kapsy, ale tak aby to opravdu realizoval a prakticky používal, že vše co nabyl je použitelné v tom samotným provozu. Protože oni si přirozeně nevěří.

V : Takže je tam důležitá podpora?

R : Rozhodně

V : Jaký je cíl vaší práce?

R : Nastavit klientům život tak, aby si připadali užiteční a aby ten život je bavil a byl pro ně smysluplný, aby jenom nebyli uzavření mezi čtyřmi zdmi, aby se uměli socializovat, komunikovat, aby se uměli přátelit, protože to je to po čem oni často volají to přátelství a vztah. Tím také často trpí, že tím handicapem a tou následnou medikací nejsou schopni navázat standardní vztahy partnerské. Takže u nich má velkou hodnotu ten přátelský vztah. Samozřejmě socializace, potkávat se v nějakých těch partách a volnočasových aktivitách pracovních, povídat si. To je ten smysl. Já si nechci nadneseně říkat, že naším konečným smyslem je ta údrava a dostat naše uživatele ven ze sdružení. To by asi bylo hezké, bylo by to honosné poslaní, ale tak tomu, víc jak v 90% není. Oni se dostanou do situace, že uměj vstávat uměj fungovat, jako normální zdravý člověk. Udrží všechny návyky všechny hygienický pravidla. Což u nich na začátku bývá problémem, to pro ně je ta cesta ven z toho bludného kruhu. Ta cesta z té nemoci.

V : Kdy je pro mnohé problém uplatňovat hygienické návyky, není to problém u Vás v gastronomickém provozu?

R : Vůbec žádný. Tím jak oni mají dlouhou cestu tady k tomu. Tak oni to mají tak ošetřené a jsou tak masírováni a kontrolováni v dodržování těch pravidel v tom samém začátku v rámci těch vzdělávacích modulů. A ty pravidla jsou tak striktně daná, že nebudete-li pravidla dodržovat, máte bohužel smůlu. A můžete se přesvědčit v těch jednotlivých provozech, že ta pravidla jsou striktně dodržovaná. Pracovní hygienická, atd. Mnohdy myslím si více jak ve standardním komerční zařízení.

V : Jaká je Vaše spokojenost s prací?

R : Já se přiznám, že jsem tady do toho sociálního podnikání přišel po velkým pracovním vyhoření. Že jsem prostě sám se sebou nevěděl kudy kam. Takže jsem po nějakých dvaceti letech v komerční gastronomii už neviděl další možnost posunu, takže jsem na základě nějaké intervence posunul sem a zatím si říkám ... má to smysl. Uvidíme, jestli si to budu říkat po pěti letech. Ale po těch prvních pěti letech mě ten entuziasmus nepřechází a furt si říkám, že to co dělám, dělám pro to abych kolem sebe měl spokojenej tým uživatelů a to se nám myslím daří. Takže oni Vám to pak strašně intenzivně vrátí. Tak jak oni intenzivně poptávají tu podporu tak jí zase na druhou stranu stejně intenzivně umí dávat.

V : Takže je tam ta podpora jakoby vzájemná ?

R : Rozhodně. Oni mě udržují v tom pozitivním naladění se na tu myšlenku.

V : Vidíte někde limity Vaší práce?

R : Ve vyhoření

V : Vidíte někde rezervy... kde by se dala zlepšit ta práce?

R : Tak určitě ano. To je třeba pak o intenzivní podpoře nějakém častějším trénování. Na to bohužel v tom tempu, tím že je čím dál tím větší tak na to abychom byli udržitelní, protože ty dotační granty těch je pramálo, tím jak je tam tedy tlak na to aby se náš koncový zákazník vracel, tak bohužel čas na tu pracovní rehabilitaci ubývá. Takže ty rezervy vidím v tom, že se nemůžeme s těmi uživateli vracet a opakovat to co už je zažité, ale oni to tak nemají, že to co už jsem udělal stokrát tak oni to udělají po stoprvní dobře, oni potřebují ten intenzivní trénink. Mnohem intenzivnější než normální pracovník v klasické komerční sféře.

V : Jak by se ta péče o toho klienta dala celkově zlepšit?

R : Těžko posoudit. To je o celém sociálním systému, tak jak je nastaven v rámci společnosti. Někde to dobré není, byl tady veliký boj za to nestigmatizovat ty uživatele s duševním onemocněním, dostat je z léčeben velkých spoza mříží spoza oken, do nějakých menších dobře fungujících komunit, ale to je v rámci já doufám v rámci transformace v nějakém dobrém obrodném procesu. Který doufám k něčemu bude a že to nebude jen porcování medvěda, ale že to finálně dopadne na ty uživatele.

V : Je něco, co v současné péči úplně chybí ?

R : Já si myslím, že co určitě chybí je destigmatizace jejich handicapů v rámci společnosti. Společnost, tím jak se k nim přistupovalo hodně let, tak si v podstatě mnohdy ani neuvědomuje, že člověk, který je nějakým způsobem rehabilitován, je pod kontrolou svých sociálních pracovníků, klíčových pracovníků, psychoterapeutů, psychologů, striktně dodržující medicaci a nějaký životní režim... je nerozpoznatelný, že si pak nadržbou stranu řeknou: „To je ten s tou paranoiou? To je ten schizofrenik?“ To nepoznáte. Když přijdeme na zakázku bez toho aniž bysme se prezentovali jako tady ta služba tak to náš zákazník nepozná, že byl celou dobu obsluhován, nějakým uživatelem služby, který trpí nějakým duševním handicapem. Takž mělo by to být o tom, že by se mělo fér a otevřeně z očí do očí říkat, čeho jsou schopni o čem ten jejich duševní handicap je co to vlastně je ta schizofrenie. Řekl bych, že je to stejná nemoc, jako zlomená ruka, taky se s tím dá žít, dá se v té nemoci fungovat naprosto adekvátně ke standardním lidským požadavkům. To bohužel tady v té společnosti úplně není a obává se, že ještě dlouho nebude. Takže tady je to spíš tak, že jakmile má někdo handicap takového rázu a občas uměle vyvolávanými aférami, které vyplavají na povrch a bohužel pak tam hezky uchopitelná

a zprofanovaná jako ježiši kriste co tam ti duševně nemocný dělají, tak paradoxně ta osvěta strašně pokulhává, to co to vlastně je jak se s tím dá žít, aniž by to potom kdokoli pak rozpoznal.

V : Takže jsou tam stále rezervy v té osvětě?

R : Rozhodně ano. Jsou tady jemné náznaky. Ale spíš tady převažuje takové to upozadit ty klienty do těch chráněných baráků a zavřít je do těch místností ať si tam někde navlíkaj ty korále nebo lepší pytlíky. Ale oni jsou schopni mnohem větší progresu, mnohem větších výkonů a nasazení a i toho přímého kontaktu. To co pro ně za zdmi léčebny nemyslitelné a neuchopitelné, my jsme za pět let schopni posunout do úplně jiné dimenze.

V : Lze říct, že děláte nad rámec standardů organizace?

R : Tak standardy jsou jasně dané. A je to o tom lidském přístupu, nebo jak nad rámec chcete s tím klientem pracovat. Chcete ho rozvíjet. Takže myslím si, že je to mnohem víc na té citové lince, než když jste třeba nějakém pracovním vztahu se zdravým člověkem. Jo tam to máte úplně jinak ohrazené a že my jsme takový mix v rámci sdružení, nemáme jenom lidi s duševním handicapem, ale i s tělesným handicapem a tam to máme nastavené jinak. Ono se nám občas stane, že nějaký náš zaměstnanec s handicapem nebo věkovým handicapem se nám ztotožňuje do té role toho uživatele s duševní nemocí, protože přeci jenom lépe ochráněno, takže se rádi stavějí a posouvají do jejich pozic, ale tam je musíme vrátit zpátky na tu jejich linku, kde jsou.

V : Je něco, s čím vyloženě nesouhlasíte v tom postupu péče o klienta?

R : Nemyslím si. Já to beru jako, určitý úzus takhle je to dáno a tak se snažím v tom šlapat.

V : Je něco, co byste vyzdvihl? Co je dobře nastavené?

R : Já bych nechtěl chválit, ale chtěl bych bubnovat za mnohem větší příležitost na trhu práce. Že mnohdy nás dehonestuje to, že jsme sociální firma, protože si pod tím představí ty umolousané lidi bez základních hygienických návyků a znalostí profesních a dovedností, aniž by nás znali věděli, tak dopředu zdehonestují tu službu a nedají nám rovnou šanci na trhu. Tak jak jsem zmiňoval tu truhlářskou dílnu. Nebo i v tom ranku té gastronomie. Mnozí posílají poptávky, jenom protože mají za úkol poptat, v rámci nějaké veřejné sociální zakázky a já dopředu vím, když tu zakázku zpracovávám, že jí nedostaneme. Takových poptávek chodí X za rok a já na ně reaguju i když se mi do toho nechce, protože vím, jaká přijde zpětná vazba. Vy pro nás nejste dostatečně dobří, protože zaměstnáváte lidi s handicapem.

V : Takže tam vidíte to, že si odfajvkujou tu svojí povinnost?

R : Ano. Že mají nějakou notu, kterou musí splnit, tak aby tam měli nějakou zpětnou vazbu, že tam opravdu poptali. A já jsem si naprosto jistý, že to naše podání, byť může být

komerčně i zajímavější, tak je tak až úplně dole, že nemá šanci se prodat.

V : Takže i tady je ten prostor pro tu destigmatizaci?

R : Rozhodně. Anebo dát rovnou šanci. V rámci nějakého workshopu, pojďme se postavit face to face proti sobě. Pojďme si zasoutěžit. My jsme tomu naprosto otevření.

V : Takže věříte tý vaší práci?

R : Rozhodně. Stojí si za kvalitou, kterou poskytujeme napříč celým naším gastroimperiu, protože už toho děláme hodně.

V : Jak by podle vás měla vypadat ideální péče o toho klienta ?

R : Já myslím, že tak jak jsme si jí nalinkovali my, že krom toho, že tomu uživateli dáme práci dáme ten smysl pokusíme se mu vyplnit ty volnočasové aktivity aby někam směřoval a nepadla nám do pití nebo do drog a podobně. Tak pak na tom vrcholku je ještě potom ho kvalitně ubytovat. V rámci nějakého chráněného bydlení. Ale to je bohužel tak strašně nákladný projekt, že tam je myslím velká mezera, jak jim být ještě víc nápomocní.

V : Co byste změnil, kdybyste byl v roli ředitele?

R : Nechtěl bych jim být. Takž tady v těch rovinách ani nepřemýšlím. Ona je to jedna velká těžká řehole, a když to nedělám jen proto, že mě to nebaví nebo je to garantováno z nějakého dotačního titulu, tak je to obrovská řehole vydržet ten tlak a udržet to v chodu. Takže bych opravdu nechtěl. Ale samozřejmě některé ty podmínky bych nastavil nějak jinak. Ale doufám, že v rámci transformace k tomu nějakým způsobem dojde a ty prostředky budou vynakládány tak aby se dostali k cílovým uživatelům služby a ne tak aby zapadli někam v molochu a v korupčních pytlících.

V : Jak bude vypadat ta transformace?

R : Já nevím. Já se tady těch aktivit neúčastním. Já to jen pozoruju z pozice zaměstnavatele, že se nás to nějaký způsobem týká. Já se jenom obávám, že na tom úplném prvopočátku, je nějaká řevnivost na MPSV, jak vlastně s tou vizí toho obrovského budgetu toho obrovského množství miliard naloží. Jsou tady zájmové skupiny těch lékařů z těch velkých léčeben, kteří by rádi z toho ukousli, co nejvíc, protože chod těch obrovských hospitalizačních středisek a nemocnic je strašně drahý. Mnohem více nákladný než nějakým způsobem nabídnout těm klientům profesi a bydlení nějakou komunitu ve, které mohou existovat, vyjít za ty zdi, takže tady se odehrává boj dvou zájmových skupin. Jedna, která chce udržet ty klienty pod medikací a za zdmi těch léčeben a druhá skupina, která to chce přetransformovat do toho nového trendy směru, zrušit ty velké léčebny a nabídnout jim život na vzduch mezi lidma a nabídnout jim zaměstnání a bydlení.

V : Kdybyste byl ministr... Jak byste ten systém nastavil?

R : Asi bych bral inspiraci tam, kde se ta transformace povedla ... Itálie, Holandsko, tam, kde už mnoho let funguje a osvědčila se, kde ty klienty vyvedli z léčeben, nabídli jim plnohodnotný život. Ale to je pak o poskytovaných službách o podpoře klíčových pracovníků, pracovníků sociální péče. Je to složité. Tam de facto by měli nějaké malé komunity fungovat za možnosti kontaktu toho svého klíčáka, tak aby se předcházelo jejich případnému rozjetí se, což se může stát, když ten klient nemá tu zpětnou vazbu to hlídání, nemá tu podporu, nemůže se vypovídat, protože návštěva jednou za čtvrt roku svého psychiatra pro něj nic neřeší, To už je pak krizová situace, je to o tom spouštěči, kdy se nám ten klient rozjede a protože není dlouhodobě hlídán a koordinován a vpravován zpátky do té normy tak pak dochází čas od času k nějakým excesům.

V : Takže vidíte v rámci té komunity, co by měla fungovat i přítomnost lékaře?

R : Ja si nemyslím, že by tam vyloženě musel být lékař. Mohl by to být nějaký sociální pracovník, který rozumí svému klientovi, zná ten handicap a umí včas reagovat na výkyvy jeho chování.

V : Takže myslíte si, že se to dá zvládnout i bez toho lékaře?

R : Myslím si, že ano. Neříkám, že d toho nemůže vstupovat nějaký sub koordinátor v rámci nějakých supervizí, jako proč né, ale nemyslím si, že by to primárně musel být nějaký psychiatr a psycholog. Že by to spíš měl být nějaký terénní pracovník .

V : Baví Vás Vaše práce?

R : Já abych vám pravdu řekl neumím říct jestli mě víc baví náplně té práce. Jestli mě víc baví ta část sociální ta terapeutická a nebo ta gastronomická. Já to mám jednou tak jednou tak. Přiznám se, když v jedné té části se nedaří nebo mě aktuálně naplňuje méně, tak utíkám k té druhé. Tak aby se to nějak vykompenzovalo.

V : Co by Vás přimělo změnit tu práci?

R : Ani nevim. Vyhoření. Neviděl bych uspokojení u svých klientů, spolupracovníků kolegů. Nebo že bych nebyl schopen dostatečně a adekvátně reagovat na jejich požadavky. Nebo že bych nebyl schopen obstát v té profesi jako takové.

V : Dá se říct, že ovlivňuje Vaše práce i Váš osobní život.

R : Rozhodně. Manželka je také ve sdružení. Takže ona je v tomhle ten vůdčí typ a striktně zakazuje to, abych si nosil práci domů. Já si tu práci mnohem víc nosím tu práci domů, a jak jsme tím provázáni tak to není dobré v tomhle tom. Ale žena to má striktně oddělené, takže práci necháváme za dveřma. Mě teda poměrně často prosakuje.

V : Chcete k tomu něco dodat.

R : Ne

V : Děkuji