

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské výchovy

**Proces deinstitucionalizace psychiatrické péče
z pohledu sociálního pedagoga**
**Process of Deinstitutionalization of Psychiatric Care
from the Perspective of a Social Pedagogue**

Magisterská diplomová práce



Autor: Bc. Michal Novosad

Vedoucí práce: Mgr. Kristýna Anna Černíková, Ph.D.

Studijní program: Sociální pedagogika-specializace Projektování a management

Olomouc

2023

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem uvedenou magisterskou diplomovou práci na téma „Proces deinstitutionalizace psychiatrické péče z pohledu sociálního pedagoga“ vypracoval samostatně s využitím uvedených pramenů a literatury.

V Olomouci dne 1. 12. 2023

.....

Podpis

Poděkování

Na tomto místě bych rád poděkoval Mgr. Kristýně Anně Černíkové, Ph.D. za ochotu, trpělivost a odborné vedení mé magisterské diplomové práce. Dále bych rád poděkoval jednotlivým participantům výzkumu za čas a vstřícnost. Na závěr děkuji Mgr. Milanu Honovi a své rodině za podporu.

„Nejsem prorok. Moje práce je dělat okna tam, kde kdysi byly zdi.“

Michel Foucault

Abstrakt diplomové práce

Tématem předkládané magisterské diplomové práce je proces deinstitucionalizace psychiatrické péče z pohledu sociálního pedagoga. Teoretická část přibližuje reformu psychiatrické péče, zejména proces deinstitucionalizace psychiatrické péče. Dále práce popisuje vývoj komunitní péče o osoby s duševním onemocněním a vymezuje předmět a profesi sociálního pedagoga. Hlavním cílem předkládané práce bylo prostřednictvím kvalitativního výzkumu porozumět procesu deinstitucionalizace psychiatrické péče z pohledu sociálního pedagoga. Data byla tvořena prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s šesti sociálními pedagogy, kteří pracují s osobami s duševním onemocněním, jsou zapojeni do procesu deinstitucionalizace psychiatrické péče. Zpracování dat proběhlo metodou interpretativní fenomenologické analýzy. Výsledky výzkumu ukazují, že sociální pedagog rozumí procesu deinstitucionalizace psychiatrické péče jako zkvalitnění života osob s duševním onemocněním. Dále spatřují přínos přesunu dlouhodobě hospitalizovaných osob z psychiatrických nemocnic do jejich přirozeného prostředí. Péče o tyto osoby byla pozvolna přenesena na komunitní služby.

Klíčová slova: deinstitucionalizace psychiatrické péče, komunitní péče, osoby s duševním onemocněním, sociální pedagogika

Abstract of thesis

The topic of the presented master's thesis is the process of deinstitutionalization of psychiatric care from the perspective of a social pedagogue. The theoretical part approximates the reform of psychiatric care, especially the process of deinstitutionalization of psychiatric care. Furthermore, the work describes the development of community care for persons with mental illness and defines the subject and profession of a social pedagogue. The main goal of the presented work was to understand the process of deinstitutionalization of psychiatric care from the perspective of a social pedagogue through qualitative research. The data was created through semi-structured interviews with six social pedagogues who work with persons with mental illness, are involved in the process of deinstitutionalization of psychiatric care. Data processing was carried out using the method of interpretive phenomenological analysis. The results of the research show that the social pedagogue understands the process of deinstitutionalization of psychiatric care as improving the quality of life of people with mental illness. They also see benefit of moving long-term hospitalized persons from psychiatric hospitals to their natural environment. The care of these persons was gradually transferred to community services.

Key words: deinstitutionalization of psychiatric care, community care, people with mental illness, social pedagogy

Obsah

Úvod	9
TEORETICKÁ ČÁST DIPLOMOVÉ PRÁCE	10
1 Reforma systému psychiatrické péče	11
1.1 Deinstitucionalizace psychiatrické péče	11
1.2 Vznik Center duševního zdraví	14
1.3 Současný stav psychiatrické péče	16
2 Vývoj komunitní péče o osoby s duševním onemocněním	17
2.1 Systémy komunitní péče o osoby s duševním onemocněním	18
2.2 Formy komunitních služeb pro osoby s duševním onemocněním	21
2.2.1 Denní stacionáře	21
2.2.2 Krizové služby	21
2.2.3 Case management	22
2.2.4 Asertivní komunitní léčba	22
2.2.5 Psychiatrická rehabilitace	23
2.3 Dopady duševního onemocnění	24
2.4 Proces Recovery	26
2.5 Multidisciplinární přístup	28
2.6 Celostní přístup	29
3 Vymezení pojmu sociální pedagogika	32
3.1 Vymezení předmětu sociální pedagogika	35
3.2 Profese sociálního pedagoga	36
3.3 Osobnostní kompetence sociálního pedagoga	37
3.4 Profesní kompetence sociálního pedagoga	37
3.6 Vztah sociální pedagogiky a sociální práce	38
3.7 Sociální pedagogika a komunitní péče o osoby s duševním onemocněním v severní Evropě	39
3.8 Důsledky výkonu profese	39
PRAKTICKÁ ČÁST DIPLOMOVÉ PRÁCE	40
4 Cíl výzkumu a výzkumné otázky	41
4.1 Organizace a průběh výzkumu	41
4.2 Charakteristika výzkumného vzorku	42
4.3 Etika výzkumu	43
4.4 Zpracování dat	44

5 Analýza dat	45
5.1 Porozumění termínu deinstitucionalizace psychiatrické péče	45
5.2 Průběh deinstitucionalizace psychiatrické péče.....	48
5.3 Role sociálního pedagoga v procesu deinstitucionalizace psychiatrické péče	51
5.4 Informace o procesu deinstitucionalizace psychiatrické péče	52
5.5 Příležitosti ke zlepšení v procesu deinstitucionalizace psychiatrické péče	53
6 Diskuze výsledků výzkumu	55
Závěr	58
Seznam použité literatury a zdrojů	60
Seznam obrázků	72
Seznam tabulek	72
Seznam příloh.....	72

Úvod

Tématem předkládané magisterské diplomové práce je proces deinstitucionalizace psychiatrické péče z pohledu sociálního pedagoga. Při výběru tématu diplomové práce bylo vycházeno z širšího pojetí sociální pedagogiky, kdy podle Krause a Poláčkové (2001) sociální pedagogika může být chápána jako vědní obor, který má transdisciplinární charakter. Dále se orientuje na roli prostředí ve výchově, nejen v souvislosti s problémy rizikových, ohrožených a znevýhodněných skupin, ale v souvislosti s celou populací.

V teoretické části magisterské diplomové práce je přiblížena reforma systému psychiatrické péče. Dále je zde popsán proces deinstitucionalizace psychiatrické péče, především vznik Center duševního zdraví. Další kapitola objasňuje vývoj komunitní péče o osoby s duševním onemocněním. Pozornost je věnována obzvláště systémům a formám komunitní péče o osoby s duševním onemocněním. Dále jsou objasněny dopady duševního onemocnění a proces zotavení. Charakterizován je také multidisciplinární a celostní přístup v péči o člověka. Závěr teoretické části je věnován vymezení pojmu a předmětu sociální pedagogiky. Poté byla ozřejměna profese sociálního pedagoga a jeho osobnostní a profesní kompetence i důsledky výkonu profese. Následně byl popsán vztah sociální pedagogiky a sociální práce a poté byl nastíněn vztah sociálního pedagoga a komunitní péče o osoby s duševním onemocněním v Severní Evropě.

Praktická část této diplomové práce se zabývala hlavní výzkumnou otázkou: „*Jak rozumí sociální pedagog procesu deinstitucionalizace psychiatrické péče*“. Pro získání odpovědi na tuto otázku byl realizován kvalitativní výzkum se sociálními pedagogy, kteří pracují s osobami s duševním onemocněním, jsou zapojeni do procesu deinstitucionalizace psychiatrické péče a působí v okrese Uherské Hradiště. Hlavním cílem předkládané práce je prostřednictvím kvalitativního výzkumu a následné analýzy a zpracování dat porozumět procesu deinstitucionalizace psychiatrické péče z pohledu sociálního pedagoga.

TEORETICKÁ ČÁST DIPLOMOVÉ PRÁCE

1 Reforma systému psychiatrické péče

Kvůli enormní zátěži v důsledku duševních onemocnění a díky jejímu postupnému rozpoznání se od vstupu do třetího milénia věnuje této oblasti intenzivní politická pozornost. Světová zpráva o zdraví, jedna ze stěžejních publikací Světové zdravotnické organizace (dále jen WHO), byla v roce 2001 věnována právě duševnímu zdraví (WHO, 2001; Fakhoury a Priebe, 2002; Winkler a kol., 2013). Evropská unie, stejně jako Rada Evropy a všech 52 států WHO evropského regionu se v roce 2005 usneslo na Deklaraci (WHO, 2005a) a Akčním plánu pro duševní zdraví (WHO, 2005b). Evropská unie ve stejném roce publikovala svůj strategický dokument pro duševní zdraví, tzv. Zelenou knihu (Fakhoury a Priebe, 2002; EU, 2005; Stansfield, 2006; Knapp a kol., 2007; Winkler a kol., 2013). Zmíněné dokumenty jasně deklarují způsob, jakým se má rozvoj systémů péče o duševní zdraví ubírat a členské státy Evropské unie a WHO se k tomuto způsobu rozvoje zavazují (Winkler a kol., 2013).

Kořeny aktuálního způsobu péče o osoby s duševním onemocněním sahají do začátku dvacátého století, kdy ve Spojených státech Amerických a státech západní Evropy dochází z několika důvodů k postupnému odklonu péče o duševně nemocné z velkých léčeben do komunit (Shorter, 2007; Novella, 2008; Novella, 2010; Winkler a kol., 2013). Novým paradigmatem se v oblasti psychiatrické péče stává tzv. vyvážený model péče (balance model of care), jež je postaven na principu zotavení, a který klade důraz na spolupráci komunitních a lůžkových služeb v oblasti péče o osoby s duševním onemocněním (Thornicroft a Tansella, 2004; Thornicroft, Tansella, Law, 2008; Thornicroft a Tansella, 2013; Dvořáková a Kondrátová, 2020).

1.1 Deinstitutionalizace psychiatrické péče

Dlouhá léta přetrvávající model péče o lidi s duševním onemocněním založený na velkých psychiatrických ústavech nyní postupně ustupuje (Wright, Gronfein, Owens, 2000; Hudson, 2019; Vrabková, Vaňková, Moškořová, 2023). Deinstitutionalizace je procesem, který je plně v souladu s vyváženým modelem péče, jelikož upřednostňuje služby komunitního typu pro osoby se závažným a dlouhodobým duševním onemocněním oproti dlouhodobým pobytům v psychiatrických nemocnicích (Dvořáková a Kondrátová, 2020). Deinstitutionalizace je nezbytným procesem v každé moderní reformě psychiatrické péče. Myšlenka

deinstitutionalizace je založená na postupném odklonu od institucionálního modelu péče. Posiluje tři principy, které zlepšují kvalitu péče a lidská práva: 1) upřednostnění adekvátních komunitních služeb před hospitalizací v psychiatrické léčebně; 2) propuštění dlouhodobě hospitalizovaných pacientů, kteří jsou na takovou změnu dostatečně připraveni, do komunitních podmínek; 3) zavedení a zajištění udržitelnosti komunitních služeb péče o duševní zdraví (Wright, Gronfein, Owens, 2000; Hudson, 2019; Dvořáková a Kondrátová, 2020; Vrabková, Vaňková, Moškořová, 2023). Winker a kol. (2016, s. 180) definují deinstitutionalizaci psychiatrické péče jako „*proces přesouvání těžiště péče z psychiatrických léčeben na komunitu*“.

Winkler a kol. (2013, s. 8) upozorňují na reinstitucionalizaci psychiatrické péče, což je „*situace, která v některých státech nastala v důsledku nezvládnuté deinstitutionalizace psychiatrické péče, kdy došlo k většímu přesunu pacientů z jednoho typu institucí do jiného typu institucí*“. S redukcí lůžek v psychiatrických nemocnicích a současně s propouštěním jejich pacientů bez adekvátního propojování s dostupnými službami v komunitě se může objevit riziko přesunu pacientů z jednoho ústavního zařízení do druhého (Dvořáková a Kondrátová, 2020).

Existuje několik způsobů, jak na systém péče o duševní zdraví a jeho složky nahlížet. Z hlediska reformy a rozvoje systému se kombinovaly dva vzájemně doplňující se pohledy. První se soustředí na potřeby člověka a k nim se vztahující opatření, jejich řešení a koordinaci. Druhý pohled se dívá na finance, které do systému proudí, a hodnotí efektivitu jejich využívání. Služby i finanční toky se odehrávají v určitém společenském prostředí definovaném kulturně-historicky, sociálně-geograficky a legislativně (Winkler a kol, 2013).

Služby v oblasti duševního zdraví jsou rozděleny na služby poskytované v oblasti duševní pohody, prevence duševních problémů, léčby symptomu, rehabilitace a následné podpory (Knapp a kol., 2007; Winkler a kol., 2013). V polovině 20. století země v západní Evropě začaly přesouvat těžiště péče o duševní zdraví pryč z psychiatrických nemocnic do komunitních zařízení. Tento krok k deinstitutionalizaci péče o duševní zdraví byl řízen několika faktory, včetně rostoucího povědomí veřejnosti o špatných podmínkách a porušování lidských práv, kterým čelí pacienti s duševním onemocněním, rostoucí náklady na psychiatrické nemocnice a zavádění účinné psychiatrické medikace (Taylor Salisbury, Killaspy, King, 2016). Co se týče rehabilitace a následné podpory, tak v rámci Evropy existuje široké spektrum služeb komunitní péče. V zemích západní Evropy a dalších zemích s vysokými příjmy je lidem s duševním onemocněním k dispozici široká škála víceoborových služeb

komunitní péče, přičemž většina lidí je léčena mimo psychiatrické léčebny. Psychiatrické léčebny v těchto zemích jsou často relativně malé a poblíž komunit, psychiatrická lůžka bývají obvykle umístěna v akutních odděleních všeobecných nemocnic a doba hospitalizace je co nejkratší. V zemích východní Evropy, nepatřících do Evropské unie a vykazující nízké nebo nižší střední příjmy, je přístup ke komunitní péči mnohem omezenější. Velká psychiatrická zařízení jsou zde stále běžnou oporou systému psychiatrické péče a doba hospitalizace bývá neadekvátně dlouhá. Pokud nějaké komunitní služby existují, jsou realizovány prostřednictvím nestátních neziskových organizací (Semrau a kol., 2011; Winkler a kol. 2013). Komunitní služby jsou upřednostňovány samotnými uživateli a nejsou nutně dražší než ústavní péče. V rámci komunitních služeb je tak snazší prosazovat a chránit základní lidská práva pacientů (Medeiros a kol., 2008; Winkler a kol. 2013). Fakhoury a Priebe (2007, s. 314) upozorňují na to, že *„deinstitutionalizace, i když mezinárodní, je omezena pouze na západní průmyslové země. V mnoha rozvojových zemích institucionalizovaná péče o duševní zdraví téměř neexistuje. Například pouze s jednou psychiatrickou nemocnicí v Ugandě je velmi malý prostor pro deinstitutionalizaci“*.

Důvodem reformy psychiatrické péče bylo to, že v rámci psychiatrické péče v České republice nenastala od počátku 90. let 20. století žádná zásadní systémová změna (Anders, 2017). Celosvětovým trendem, který se týká také České republiky, je reforma psychiatrické péče. V rámci reformy je zdůrazňováno posilování ambulantní a komplementární péče a vytváření podpůrné funkční sítě multidisciplinární péče s omezováním počtu psychiatrických lůžek (Orel, 2020). Anders (2017, s. 5) poukazuje na to, že *„stávající systém péče má své těžiště v materiálně a technicky zastaralých psychiatrických nemocnicích stavěných dle konceptu péče, který byl moderní v první polovině 20. století“*. Západoevropské a západoamerické politické prostředí pomalu postoupilo v rozboru svých institucionálních procesů a infrastruktur. V České republice by měl být pohyb v tomto směru rychlejší a progresivnější, protože současná sociální politika v České republice je nakloněna posílení postavení osob se zdravotním postižením a deinstitutionalizaci (Šiška a Beadle-Brown, 2011). Současný model péče nezajišťuje dostatečně podporu pacientů v jejich vlastním prostředí ani spolupráci a koordinaci mezi jednotlivými složkami poskytovatelů péče o duševně nemocné. Služby v komunitě existují jen na některých místech, a to ještě v nedostatečné míře (Anders, 2017).

Ministerstvo zdravotnictví České republiky vydalo Strategii reformy psychiatrické péče (2013, s. 28), kde definovalo globální cíl reformy psychiatrické péče jako *„zvýšení kvality života osob s duševním onemocněním“*. Tento cíl byl postupně naplňován řadou dalších

strategických cílů, z nichž každý v etapě 2014-2023 naplňoval globální cíl jen do určité míry. Nelze očekávat, že po roce 2023 bude psychiatrická péče zcela zreformována a plně v souladu s potřebami a očekáváními jejich uživatelů. Reforma péče o duševní zdraví je dlouhodobější proces (MZČR, 2013). Winkler a kol. (2013, s. 8) definují reformu psychiatrické péče jako „komplexní transformaci systému psychiatrické péče včetně prevence, vzdělávání a financování“.

Současný stav psychiatrické péče v České republice ve srovnání s ostatními státy Evropské unie je charakteristický velkým počtem lůžek v psychiatrických nemocnicích. V České republice je hospitalizovaných asi 60 000 pacientů ročně. Také je zde nedostatečný počet komunitních týmů a týmů časné intervence k zásahům a prevenci. V České republice se nedělá systematicky žádná prevence v oblasti duševního zdraví. Nynější systém je z hlediska ekonomů a politiků pozitivní v tom, že je levný, funguje a generuje relativně málo problémů (Anders, 2020). Winkler a kol. (2018, s. 1024) dodávají „studie, které posuzovaly náklady a výsledky péče o duševní zdraví u osob s těžkým chronickým duševním onemocněním naznačují, že komunitní péče může být nákladově efektivnější než dlouhodobá nemocniční péče“. Aktuálně je vyvíjen tlak, aby se o pacienty starali nejen lékaři, ale i lidé z oblasti sociálních služeb a zdravotní sestry. Lidé ze sociálních služeb dochází za pacienty už v době hospitalizace. Největší návratnost pacientů je často z důvodu, že po propuštění z hospitalizace nevyhledají následnou péči (Anders, 2020).

1.2 Vznik Center duševního zdraví

Reforma psychiatrické péče je jedna z největších změnových agend po revoluci, která se týká systému fungování zdravotní péče. Základem jsou Centra duševního zdraví (dále jen „CDZ“) a princip multidisciplinární spolupráce. To znamená začlenění multidisciplinárních týmů do péče o pacienty a skloubení sociální se zdravotní péčí. Principem je, aby se lidé naučili týmově pracovat. Důležité je, aby psychiatři pochopili, že nejsou jediní, kdo může pacientovi účinně pomoci. Když se propojí v systému se sociálními pracovníky, pomoc je daleko efektivnější. CDZ by mělo spolupracovat se všemi typy psychiatrických zařízení a současně komunikovat s veřejností. Pokud stojí na ulici člověk a mluví si pro sebe, tak v CDZ by měli být k dispozici lidé, kteří s tím umí pracovat. Zároveň by CDZ mělo pečovat i o nejzávažnější pacienty. Tým pracovníků by měl pracovat v terénu v prostředí, které je klientovi blízké (Anders, 2020).

CDZ v rámci poskytování zdravotních služeb zajišťuje klientům zdravotní službu preventivní, léčebnou a léčebně rehabilitační. K zajištění léčebné a léčebně rehabilitační péče CDZ spolupracuje s ostatními články systému zdravotních služeb, poskytovateli lůžkové péče nebo ambulantní péče. CDZ v rámci poskytování sociálních služeb zajišťuje prostřednictvím sociální rehabilitace takovou péči, která v návaznosti na zdravotní služby sleduje maximální společenskou integraci a klinické i sociální zotavení klientů. CDZ spolupracuje s dalšími poskytovateli sociálních služeb a subjekty činnými v oblasti zaměstnávání, vzdělávání, bydlení a volnočasových aktivit (Kubalová a kol., 2021).

V rámci reformy také vznikají ambulance s rozšířenou péčí. Ambulance s rozšířenou péčí je více stacionární projekt ve smyslu, že tam pacienti dochází. CDZ naopak navštěvuje pacienty a funguje více v terénu (Anders, 2020). Tým ambulance s rozšířenou péčí zahrnuje psychiatra, klinického psychologa, psychiatrickou sestru a případně další pracovníky. Pracovníci ambulance s rozšířenou péčí spolupracují na principech multidisciplinární spolupráce. Součástí služeb ambulance s rozšířenou péčí je i terénní práce, psychoterapeutické programy, a to i formou denního stacionáře (Anders, 2017).

Psychiatrické nemocnice měly za úkol vypracovat plány k transformaci psychiatrické péče. Ukázalo se jako nezbytné do prvních projektů CDZ zapojit i nemocnice. Řada nemocnic si zřídila vlastní CDZ, kam poskytují vlastní personál a spolupracují se sociální službou. K propojení CDZ a psychiatrických nemocnic dochází i díky tomu, že není dostatek personálu. Ukazuje se, že psychiatrů a zdravotních sester rozhodnutých se přidat není dostatečný počet (Anders, 2020).

Moravec (2020, s. 398) definuje CDZ jako „*místo, kde působí tým odborníků, který zahrnuje jak zdravotní, tak sociální oblast a obě tyto části jsou si rovny*“. Tato spolupráce je nazývána multidisciplinární komunitní tým. Multidisciplinární je právě ono spojení zdravotní a sociální oblasti. Komunitní znamená, že tým působí tam, kde je přirozené prostředí člověka (Moravec, 2020). „*CDZ jsou novým prvkem v systému psychiatrické péče v České republice a zavádějí se v souvislosti s reformou psychiatrické péče v ČR. Nenahrazují ale existující části systému*“ (Moravec, 2020, s. 398). CDZ mají současný systém péče doplňovat tam, kde dnes musí dlouhodobou podporu lidí s vážným duševním onemocněním často nahrazovat lůžka v psychiatrických nemocnicích. Taktéž pomáhají lidem žít kvalitní a spokojený život doma, v jejich přirozeném prostředí. Rovněž pomáhají lidem vrátit se zpět domů nebo nový domov najít a žít co nejvíce spokojený život. Pokud některý klient z CDZ trpí akutní fází onemocnění a je pobyt v nemocnici pro něj nejlepším řešením, tým centra je s ním nadále v kontaktu. Také

je v kontaktu s pracovníky nemocnice. Společně pracují na tom, aby se klient co nejdříve po odeznění akutní fáze nemoci vrátil do svého přirozeného prostředí (Moravec, 2020).

1.3 Současný stav psychiatrické péče

Psychiatrická péče je v České republice uskutečňována prostřednictvím sítě psychiatrických zařízení lůžkových, ambulantních a komplementárních. Pro zajištění efektivní péče o osoby s duševním onemocněním je nutná spolupráce mezi jednotlivými složkami, ale také propojenost a návaznost na síť služeb psychologických, psychoterapeutických a sociálních (Orel, 2020). „*Pro řadu psychických nemocí a stavů je naprosto nepostradatelná psychiatrická hospitalizace*“ (Orel, 2020, s. 22). Tu lze realizovat v rámci psychiatrických oddělení nemocnic, psychiatrických klinik ve fakultních nemocnicích nebo v psychiatrických nemocnicích. Psychiatrické nemocnice jsou spádové, jsou určeny pro určitou oblast. Dělí se na specializovaná oddělení. Obstarávají dobrovolnou i nedobrovolnou léčbu. Uzavřená oddělení mají možnost omezení volného pohybu pacientů. Omezení pohybu je nevyhnutelné v případě, že pacient je dezorientovaný, není v kontaktu s realitou či je nebezpečný sobě nebo okolí. Důvodem omezení volnosti pohybu je ochrana zmíněného i jeho okolí. Na otevřených psychiatrických odděleních jsou hospitalizováni pacienti, kteří nevyžadují tak pečlivou kontrolu. Při respektování pravidel, řádu a programu oddělení se mohou pohybovat bez omezení (Orel, 2020). Míra ostražitosti personálu do značné míry souvisí s tím, jak znají potřeby a přání pacientů a jakým způsobem na ně umějí a mohou reagovat (Žaludek, 2020). Psychiatrické ambulance poskytují službu ambulantní psychiatrické péče. Umožňují pravidelné kontroly stavu, sledování případných komplikací a úpravu medikace. Mnoho osob, které mají duševní onemocnění nevyžaduje hospitalizaci, ale postačuje jim diagnostika a léčba v ambulanci. Komplementární péče navazuje na hospitalizaci nebo ambulantní péči (Orel, 2020).

2 Vývoj komunitní péče o osoby s duševním onemocněním

V souvislosti s rozsáhlými změnami a kulturními proměnami v západním světě současná psychiatrická péče prošla velkými změnami za posledních padesát let. Změny se týkaly nejen rozvoje určitých oblastí výzkumu, nových terapií, nastavení péče, ale celé vnitřní a institucionální organizace. V důsledku těchto změn se nyní setkáváme s psychiatrickou péčí, která odráží nové požadavky kladené naší moderní společností. Můžeme vidět proměnu psychiatrické péče zahájenou po Druhé světové válce, procesy celosvětově známé jako psychiatrické reformy. Od poloviny 50. let 20. století ve Velké Británii, Spojených Státech Amerických a o něco později v kontinentální Evropě a Skandinávii došlo k mezinárodnímu konsenzu o potřebě důkladné změny psychiatrické péče a nové politické strategie pro duševní zdraví (Novella, 2008; Scull, 2019). Především hlavní deklarovaný cíl reforem bylo překonat starý institucionální systém péče a zavést nové komunitně orientované terapeutické přístupy (Fakhoury a Priebe, 2002; Novella, 2008; Scull, 2019). V mnoha zemích to znamenalo odklon od tradiční institucionální péče v psychiatrických léčebnách, což vedlo ke značnému propuštění pacientů. Vžil se proto termín deinstitutionalizace, který odkazoval na ústřední aspekt reforem. Deinstitutionalizace vedla k dramatickým a dlouho žádaným změnám v psychiatrické péči (Novella, 2008; Scull, 2019).

Počty hospitalizovaných pacientů v psychiatrických léčebnách ve Spojeném království a ve Spojených státech začaly od poloviny padesátých let klesat. Rychlost poklesu se zvýšila v polovině šedesátých let a obě země během následujících padesáti let snížily počty pacientů na minimum (Rothbard a Kuno, 2000; Fakhoury a Priebe, 2002; Scull, 2019). Snižování počtu pacientů amerických a britských psychiatrických nemocnic se shoduje se zaváděním první moderní farmakologické léčby významných duševních onemocnění. Pokud nebyly nové psychoaktivní léky původní příčinou zredukování počtu léčebných zařízení, pak jejich objev přinejmenším změnil psychiatrii a také širší kulturní vnímání duševního onemocnění jako takového. Propuštění duševně nemocných pacientů ve Spojených státech amerických umožnilo rozsáhlejší změny v sociální politice. Rozmach programů veřejné podpory přinesl některým propuštěným duševně nemocným poprvé zajištěný příjem (Scull, 2019). Na začátku rozvoje komunitní péče v šedesátých letech dvacátého století řada komunitních center duševního zdraví poskytovala více péče klientům se zachovalou funkční kapacitou, například z okruhu neurotických poruch. Klienti se závažnějším funkčním onemocněním, také vlivem větší pasivity, ve vyhledávání potřebné péče sítí služeb

propadávali. Vystala proto potřeba přesněji vymezit cílovou skupinu pro komunitní péči. Další příčinou byly i omezené finanční zdroje a požadavek přesněji definovat, pro jakou skupinu finanční prostředky co nejefektivněji nasměrovat. V roce 1987 americký Národní institut pro duševní zdraví vytvořil definici závažné duševní nemoci (SMI – severe mental illness). Klienti řadící se do této skupiny měli mít diagnózu neorganické duševní nemoci nebo osobnostní poruchy, nejméně dvouletou anamnézu duševní nemoci či kontaktu se službami duševního zdraví a funkční postižení (Probstová a Pěč, 2014).

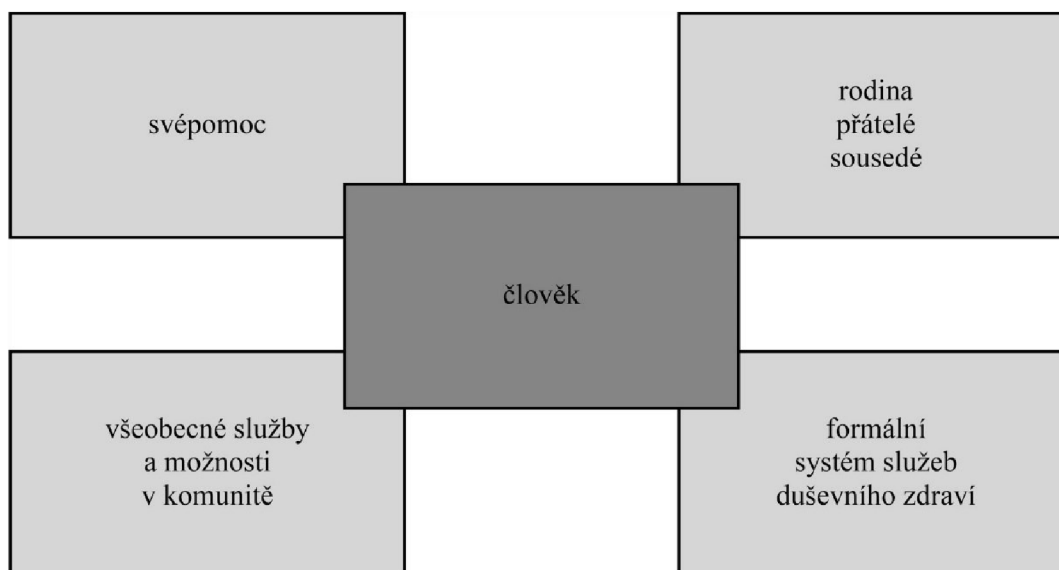
Největší pozornost v psychiatrické komunitní péči byla vždy věnována neorganickým duševním poruchám. V posledních desetiletích však vznikaly i specializované komunitní týmy překračující tento rámeček. Přibližně od devadesátých let minulého století se rovněž vytvářejí specializované programy pro pacienty s duální diagnózou, tj. duševní onemocnění v kombinaci se závislostí na návykových látkách (Probstová a Pěč, 2014).

2.1 Systémy komunitní péče o osoby s duševním onemocněním

Mahrová a Venglářová (2008, s. 44) poukazují na to, že *„z toho nejobecnějšího hlediska do systému péče o duševně nemocné patří všichni lidé vyskytující se v jejich blízkosti. Určitě největší základ tvoří rodina, přátelé, učitelé nebo spolupracovníci, komunita, ve které člověk žije“*. Způsob podpory v komunitě se v průběhu let proměňoval. Původní myšlenkou byl systém komunitní podpory (community support system) (Turner a TenHoor, 1978; Turner a Shifren, 1978; Stroul, 1989; Anthony, 1993; Macias a kol., 1994; Probstová a Pěč, 2014). Poprvé jej vymezil Národní institut duševního zdraví (NIMH) ve Spojených státech amerických na konci sedmdesátých let. Šlo o síť služeb a podpor, kterou bylo potřebné rozvinout, aby lidem s duševní nemocí mohly být uspokojeny jejich potřeby a mohl být rozvinut jejich potenciál, aniž by docházelo k jejich izolaci a vyloučení ze společnosti (Turner a TenHoor, 1978; Anthony, 1993; Probstová a Pěč, 2014). Bylo uznáno, že služby navazující na deinstitucionalizaci byly nepřijatelné. Systém komunitní podpory popsal řadu služeb, který systém péče o osoby s těžkým duševním onemocněním potřeboval (Stroul, 1989; Anthony, 1993). Systém komunitní podpory byl definován jako *„síť pečujících a odpovědných lidí, kteří se zavázali pomáhat zranitelné populaci naplňovat jejich potřeby a rozvíjet jejich potenciál, aniž by byli zbytečně izolováni nebo vyloučeni z komunity“* (Turner a Shifren, 1978, s. 2; Anthony, 1993, s. 12). Byly stanoveny následující kroky: identifikace potřeb péče u pacienta a jeho aktivní vyhledávání, psychiatrická léčba, nepřetržité krizové služby včetně služeb

mobilních, obecná zdravotní a zubní péče, služby bydlení, podpora v oblasti finančních a dalších sociálních nároků, služby vyplývající ze vzájemné podpory uživatelů, podpora rodin a vazeb pacienta v komunitě, služby pracovní a sociální rehabilitace, ochrana práv uživatelů a právní poradenství. Upotřebení služeb a podpor měli za úkol uvádět v soulad pracovníci případového vedení (Probstová a Pěč, 2014).

Existují i systémy komunitní péče, které více zdůrazňují vliv přirozené komunity než systém komunitní podpory. Příkladem je síť podpory (framework for support) (Trainor, Pomeroy, Pape, 2004). Tento systém usiluje o minimalizaci potřeby profesionální intervence tím, že je pacientům poskytována podpora tak, aby mohli samostatně řešit své životní problémy a využít k tomu odpovídajících služeb. Rovněž se pokouší aktivizovat komunitu tak, aby využila svých kapacit k podpoře lidí s duševními problémy. Systém se zaměřuje na 4 sektory, které by měli být vyvážené: 1) zaměření na osobu uživatele, svépomoc a vzájemnou pomoc; 2) neformální síť podpory: přátelé, rodina, sousedé; 3) všeobecné služby a možnosti v komunitě; 4) formální systém služeb duševního zdraví (viz obrázek 1) (Probstová a Pěč, 2014).



Obrázek 1 Síť podpory Zdroj: Trainor, Pomeroy, Pape, 2004; Probstová a Pěč, 2014.

Služby komunitní péče máme možnost rozlišit na neformální, tj. poskytované i pro ostatní občany a služby specializované pro osoby s duševním onemocněním. Specializované služby máme možnost nazývat také jako komunitní psychiatrii (Probstová, Pěč, 2014). „Komunitní psychiatrie poskytuje diagnostiku, léčbu, dispenzarizaci a prevenci, která probíhá

v praxi komunitní péče. Jedná se především o ambulantní psychiatrické služby a týmy, denní stacionáře včetně psychoterapeutických programů, psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic, krizové služby, rezidenční služby v komunitě a služby psychiatrické rehabilitace“ (Probstová a Pěč, 2014, s. 188).

Služby komunitní psychiatrie mají několik charakteristických vlastností: 1) tvoří je multidisciplinární týmy. Smyslem spolupráce je, že se více odborníků podílí na péči o pacienta, na základě plánu péče, vypracovaného podle léčebných a rehabilitačních potřeb pacienta; 2) jsou poskytovány ve vymezené lokalitě či regionu, většinou jde o správní celek. Tato vlastnost vylepšuje podmínky spolupráce a propojenosti mezi týmy a dalšími službami. Také vzdálenost mezi službami a bydlišti pacientů jsou kratší; 3) služby jsou poskytovány co nejbližší domovům pacientů, respektive v jejich vlastním prostředí; 4) služby jsou mobilní. Přizpůsobují se aktuálnímu charakteru pacientových potřeb. Díky tomu mohou pracovníci být nápomocni pacientům v jejich domácím prostředí či zasahovat v místě rozvoje krize; 5) dbají na respektování občanských práv u pacientů (Foitová, 2009; Probstová a Pěč, 2014).

Komunitní péče aplikuje terapeutický a rehabilitační potenciál přirozených společenství lidí. Tímto směrem se aktuálně ubírá péče nejen o osoby s duševním onemocněním, ale i o další skupiny osob se zdravotním znevýhodněním a seniory (Probstová a Pěč, 2014). Probstová a Pěč (2014, s. 184) definují komunitní péči jako *„široký soubor služeb, programů a zařízení, jehož cílem je pomoci lidem s duševní poruchou žít co nejvíce v podmínkách běžného života, subjektivně co nejuspokojivějším způsobem tak, aby mohly být co nejvíce uspokojeny jejich zdravotní, psychologické a sociální potřeby“*. Komunitně působící služby jsou téměř všechny výhradně poskytovány různými druhy neziskových organizací. Většina z nich se specializuje na práci s cílovou skupinou duševně nemocných (Hejzlar, 2009). Mezi postupy komunitní péče se řadí také podpora sociálních rolí, zejména v oblasti práce, bydlení a sociálních kontaktů, a podpora vztahů s rodinou, přáteli a dalšími lidmi (Probstová a Pěč, 2014). Komunitní péče využívá přirozených zdrojů pomoci a podpory v komunitě. Zaměřuje se nejen na odstranění nemoci, ale i na posílení zdravých stránek osobností pacientů. Dále posiluje funkční kapacity pacientů, také jejich práva a důstojnost. Zdůrazňuje princip partnerství ve spolupráci pacientů, lékařů či jiných odborníků a individualizaci péče na jejich maximální sociální začlenění (Foitová, 2009). V oblasti komunitní péče je značný prostor pro prolínání sociálních a pedagogických profesí. Výrazná spolupráce se zde nabízí mezi sociální prací a sociální pedagogikou (Gulová, 2011).

2.2 Formy komunitních služeb pro osoby s duševním onemocněním

V této podkapitole budou blíže specifikovány konkrétní formy komunitních služeb pro osoby s duševním onemocněním a to: denní stacionáře, krizové služby, case management, asertivní komunitní léčba a psychiatrická rehabilitace.

2.2.1 Denní stacionáře

Denní stacionáře jsou určeny pro denní pobyt psychiatrických pacientů. Funkce denních stacionářů je: 1) alternativa či pokračování hospitalizace. Zaměření na léčbu akutních stavů; 2) alternativa či rozšíření ambulantní léčby. V případech, kde nepostačuje ambulantní léčba. Klade důraz na psychoterapeutický program; 3) dlouhodobá rehabilitace a resocializace pro dlouhodobě duševně nemocné. Základním prvkem péče v denních stacionářích je zpravidla psychoterapeutický program, který je mnohdy kombinován s dalšími odbornými vyšetřeními, léčbou a rehabilitací podle povahy onemocnění (Probstová a Pěč, 2014). Mimo jiné zajišťují volnočasové aktivity, kupříkladu sportovní akce, výlety, výuku jazyků, kluby, výtvarné dílny, kulturní pořady, divadlo, zpěv. Důležitou úlohu hrají nejrůznější poradenské služby jako jsou právní, sociální apod. (Mahrová a Venglářová, 2008). Program realizuje tým, který je sestaven z lékařů, klinických psychologů, zdravotních sester a sociálních pracovníků (Probstová a Pěč, 2014). V posledním desetiletí existuje trend směřující ke zvýšené pozornosti na denní stacionáře jako na důležitou součást komunitních služeb. Denní stacionáře nabízejí program aktivit pro uživatele služeb a zároveň mají úlohu odlehčovací služby pro rodinné pečující (Tretteteig, Vante, Rokstad, 2017).

Sociální rehabilitace je nejčastější funkcí denních stacionářů vedle doplnění ambulantní péče a poskytování psychoterapie. Sociálně psychiatrický terapeutický model je zde nejvíce preferován. Nástroje sociální rehabilitace v denních stacionářích jsou zejména pracovní terapie či nácvik sociálních dovedností. Denní stacionář podporuje fungování v sociálních rolích už tím, že pacient zůstává v kontaktu se svým přirozeným prostředím. Pro část pacientů v akutním stavu je stacionář plnohodnotnou alternativou hospitalizace a má pozitivní vliv na subjektivní spokojenost s kvalitou života (Hejzlar, 2009).

2.2.2 Krizové služby

Lorenc (2009, s. 155) uvádí, že krizová intervence je „*metoda pomoci lidem v psychické krizi, která napomáhá dosažení nové psychosociální rovnováhy*“. Krizové služby v psychiatrii

vznikaly ve světě od začátku dvacátého století a nejprve se vyznačovaly pomocí lidem ohrožených sebevraždou. První takto zaměřené aktivity se objevily kupříkladu v New Yorku nebo ve Vídni. Pozdější činnost krizové intervence byla spojena s hromadnými neštěstími a následky psychického traumatu. Více se krizové služby rozvíjely od šedesátých let dvacátého století ve spojitosti s rozšiřováním komunitní péče (Probstová a Pěč, 2014).

Mezi specifické formy služeb v této oblasti se řadí krizová centra a mobilní krizové týmy. „*Krizová centra poskytují neodkladnou, bezbariérovou a nestigmatizující psychiatrickou péči*“ (Probstová a Pěč, 2014, s. 192). Péče krizových center se zaměřuje na neodkladné psychické krize: akutní psychotické stavy, suicidální problematika, reakce na akutní stres, poruchy přizpůsobení, akutní stavy u neurotických poruch, akutní dekompenzace poruch osobnosti, vztahové a rodinné krize, ale také akutní dekompenzace psychických poruch. Krizové centrum pracuje nepřetržitě (Probstová a Pěč, 2014). „*Mobilní krizový tým poskytuje krizovou intervenci, neodkladné psychiatrické a psychologické vyšetření, farmakoterapii a emergentní psychoterapii přímo v místě rozvoje krize*“ (Probstová a Pěč, 2014, s. 193). Přednost těchto týmů je bezodkladná intervence, dostupnost pro klienta, zásah v místě vzniku krize a zapojení rodinných příslušníků do krizové péče (Probstová a Pěč, 2014).

2.2.3 Case management

Case management je metoda koordinace služeb a způsob práce s lidmi, jimž závažné duševní onemocnění způsobuje obtíže v řadě v řadě oblastí života. V české literatuře je někdy nahrazovaný pojmem případové vedení (Stuchlík, 2009). Případový vedoucí koordinuje péči o klienta mezi několika potřebnými poskytovateli podle jeho individuálních potřeb, také poskytuje přímou podporu klientovi, zejména v jeho přirozeném prostředí. Společné znaky případového vedení jsou: 1) získání přehledu o potřebách a schopnostech klienta; 2) plánování péče a podpory; 3) uskutečňování plánu s využitím zdrojů klienta a jeho sociální sítě; 4) monitorování dosažených výsledků; 5) zaměření se na zdravé stránky klienta. Jednotlivé intervence by měly být činěny co nejvíce v souladu s klientovým rozhodnutím. Součástí přístupu případového vedení je pracovní vztah s klientem a jeho rozvoj. Roli případového vedoucího mohou konat různí profesionálové v péči o duševní zdraví (Probstová a Pěč, 2014).

2.2.4 Asertivní komunitní léčba

Asertivní komunitní léčba je indikována pro osoby s vysokým rizikem hospitalizace či obtížně spolupracující s tradičními službami. Cílovou skupinou asertivních komunitních týmů jsou

klienti, kteří vlivem své nemoci vypadávají ze služeb, nedostávají se k ambulantním ošetřením, neužívají předepsaná psychofarmaka, což má za následek opakované hospitalizace, ale i potíže v sociální oblasti. Mnohdy jde o klienty částečně zbavené svéprávnosti, kteří mají ustanovené opatrovníky, což má za následek nelehkou potřebu domluvy společného postupu s opatrovníkem. Asertivní tým získává podnět k zahájení péče o určitého klienta ze strany ambulantních zařízení, obce či policie. Taktéž může jít o propuštěné pacienty z psychiatrické nemocnice, u nichž je malá pravděpodobnost pravidelné spolupráce po propuštění. Nejčastější potřeby klienta jsou zabezpečení nepřetržité psychiatrické léčby, řešení sociálních problémů, podpora a trénink ve všedních činnostech, popřípadě zapojení do psychoterapie, rehabilitace či začlenění do zaměstnání (Probstová a Pěč, 2014). Vzhledem k cílové skupině je nutná velmi intenzivní a komplexní podpora. Služba je poskytována velkými (minimálně 10-12 úvazků) multidisciplinárními týmy. Je zdůrazňován týmový přístup, s každým klientem pracuje několik členů týmu (Stuchlík, 2009).

2.2.5 Psychiatrická rehabilitace

Orel (2020, s. 382) uvádí, že *„psychiatrická rehabilitace je dnes považována za nedílnou součást moderní a komplexní léčby“*. Zahrnuje rehabilitaci léčebnou, pracovní, pedagogickou a sociálně-psychologickou. Dalo by se tedy říci, že vychází z celostního přístupu v péči o člověka (Orel, 2020). Posláním psychiatrické rehabilitace je pomoc lidem s psychiatrickým onemocněním k tomu, aby mohli zvýšit svou schopnost fungovat tak, aby byli úspěšní a spokojení v prostředí, které si vybrali k životu, s co nejmenší mírou trvalé profesionální podpory (Probstová a Pěč, 2014). Dušek a Večeřová Procházková (2015, s. 590) dodávají *„rehabilitace se snaží o maximální využití zachovalých schopností po propuknutí duševní poruchy a pokud možno zabránění rozvoji újmy na zdraví, která vyplývá z povahy a působení duševní poruchy“*.

Služby psychiatrické rehabilitace, ačkoliv jsou na pomezí mezi zdravotní a sociální péčí, spadají do resortu sociálních služeb. Legislativa a rozdílný způsob řízení mezi resorty zdravotnickým a sociálním prohlubuje nesoulad mezi sociální a zdravotnickou částí komunitních služeb (Probstová a Pěč, 2014). Dušek a Večeřová Procházková (2015, s. 591) definují psychiatrickou rehabilitaci jako *„vědeckou disciplínu, která sjednocuje komplex medicínských, psychologických, sociálních a jiných poznatků s cílem zajistit integraci a případnou reintegraci nemocného v sociálním prostředí“*. Psychiatrická rehabilitace vytvořila specifické postupy v jednotlivých úrovních potřeb či životních doménách klienta. V oblasti

práce je specifickým postupem pracovní rehabilitace, která klienta podporuje při rozvoji pracovních kompetencí a také při výběru, získání a udržení vhodného zaměstnání. Mezi druhy pracovní rehabilitace řadíme dobrovolnickou práci, chráněné pracovní dílny, přechodné zaměstnání a podporované zaměstnání (Probstová a Pěč, 2014). Gunnarsson a Eklund (2016, s. 167) poukazují na to, že „*lidé s psychiatrickým onemocněním potřebují určitou formu organizovaného každodenního zaměstnání, pokud možno nějakou formu zaměstnání, aby si udrželi zdraví a uspokojivý každodenní život*“. V oblasti bydlení psychiatrická rehabilitace umožňuje duševně nemocným samostatně a nezávisle bydlet, dále vylepšuje k tomu potřebné dovednosti, kompetence a sebedůvěru a také pomáhá vytvořit stálý domov. V průběhu deinstitucionalizace vyvstala potřeba zabezpečit podmínky bydlení pro propuštěné pacienty. Díky tomu vznikl model lineárního kontinua návazných zařízení, které se skládá z několika typů zařízení, která poskytují různé stupně podpory. Na konci osmdesátých let začal být tento systém kritizován a vznikl nový přístup, podporované bydlení, kde je péče poskytována přímo ve vlastním bytě klienta. Za specializované služby v oblasti volného času považujeme centra denních aktivit a uživatelské kluby, které poskytují kognitivní, praktickou a emocionální podporu. Taktéž posilují důvěru, motivaci a schopnosti klienta. Specializační rehabilitační program v oblasti vzdělávání se nazývá podporované vzdělávání a zabývá se poskytováním trvalé podpory a asistence v této oblasti (Probstová a Pěč, 2014). Psychiatrická rehabilitace označuje celkový přístup zahrnující v sobě různé postupy a typy intervencí, které mají společné charakteristiky. Tyto postupy jsou také součástí komunitní péče, se kterou sdílí řadu společných rysů (Pěč a kol., 2009).

2.3 Dopady duševního onemocnění

Duševní onemocnění funguje jako silné sociální stigma (Vágnerová, 2012). Ocisková a Praško (2015, s. 11) uvádějí, že „*stigma obecně znamená znehodnocující přívlastek, který může být příčinou diskriminace svého nositele*“. Stigmatizace osob s duševním onemocněním v sobě nese předpoklad o jejich morální slabosti, nebezpečnosti, kontaminaci a vině. Tyto postoje se opakují ve stereotypch, kterými jsou lidé s duševním onemocněním hodnoceni ve společnosti, v médiích a které odrážejí postoje k nim (Ocisková a Praško, 2015). Ma (2017, s. 90) poukazuje na to, že „*stigma duševní nemoci je hlavním důvodem, který lidem brání hledat pomoc*“. Člověk trpící duševním onemocněním se do takové situace dostává velmi snadno. „*V každé společnosti se pod vlivem tradice i aktuálního sociokulturního standardu vytváří určitý stereotyp pojetí*

duševně nemocného, tj. soubor vlastností, které jsou takovému člověku automaticky přiřítány“ (Vágnerová, 2012, s. 168). Tento stereotyp se objevuje ve vtipech o bláznech, hovorových obratech i uměleckých dílech. Je také umocňován sdělovacími prostředky a masmédií (Ocisková a Praško, 2015). Janoušková (2020, s. 423) dodává, že *„s člověkem, který má duševní nemoc, jeho okolí často jedná jako s nositelem nálepky, a nikoliv jako s lidskou bytostí. Vše se soustředí na jeho nemoc a bez ohledu na jiné kvality, vlastnosti nebo životní role dotyčného“*.

Hlavní nesnáze stigmatizace je to, že vede k diskriminaci a sociálnímu vyloučení (Janoušková, 2020). Lidé s těžkými duševními poruchami představují zranitelnou a sociálně vyloučenou populaci. Jsou pravděpodobně více ovlivněni menšími vzdělávacími a sociálními příležitostmi, dále pak sociálním odcizením a zvýšenou nemocností a úmrtností (Doran a Kinchn, 2017). Sociální stres v období dospívání vede k úzkosti a depresivnímu chování, což může eskalovat v užívání drog v dospělosti (Burke a kol., 2017). Pokud se člověk nedokáže alespoň minimálně přizpůsobit obvyklým požadavkům společnosti, vzbuzuje negativní odezvu okolí. Běžnou reakcí je odmítání odlišného jedince, eventuálně snaha o jeho úplné vyloučení ze společnosti. Protektivní postoj veřejnosti plyne z rozšířeného stereotypu duševního onemocnění. Osobu s duševním onemocněním je nezbytné chránit před ním samým a zároveň je nutné ho izolovat, aby nebyl nebezpečný pro společnost. Umístění duševně nemocného v psychiatrické nemocnici naplňuje představu o chránění nemocného a také o jeho izolaci (Vágnerová, 2012).

Se stigmatizací úzce souvisí sebestigmatizace. Ta vystihuje situaci, kdy se člověk s duševní nemocí sám ztotožní s předsudky ve společnosti. Poté začne sám na sebe nahlížet jako na méněcenného či neschopného a stydí se. To může nepříznivě ovlivnit sebevědomí člověka a také jeho energii k zotavení. Člověk se uzavře do sebe a nemá chuť zapojovat se do života, pracovat či studovat (Janoušková, 2020). Ocisková a Praško (2015, s. 38) také poukazují na to, že *„veřejné předsudky a sebestigmatizace ovlivňují negativně také dosahování a využívání životních příležitostí“*. Hajda a kol. (2015, s. 31) dodávají, že *„sebestigmatizace statisticky významně negativně koreluje s mírou adherence“*. Stigma působí jako společenský stresor. Pokud na osobu s duševním onemocněním budou ostatní lidé koukat skrz prsty, nebude se mezi nimi cítit dobře. Dále pocítí úzkost, stud, přijde o sebevědomí a před světem se uzavře (Bankovská Motlová, 2020).

Klasickým mýtem, který často umocňují média, je vyobrazování lidí s duševním onemocněním, jako nevypočitatelných jedinců se sklonem k agresivitě. Mnohdy to bývá spíše obráceně, lidé s duševním onemocněním jsou ve srovnání s běžnou populací nezdánlivě obětmi

agrese (Moravec, 2020). Fojtíček (2020, s. 417) uvádí, že „naše představa o duševním zdraví a nemoci je dána tím, koho potkáme, co vidíme v televizi, jakou máme osobní zkušenost. Každý může uvěřit zploštělému mediálnímu obrazu. Dlouhodobé stigma je hluboce zakořeněné“. Janoušková (2020, s. 426) dodává „médiá jsou obrovský problém. Reprodukují a utvářejí stigma. Formují názory a postoje celé společnosti a často neukazují objektivní informace, ale prahnou po senzaci“. Postoj okolí k duševně nemocným se z racionálního hlediska vyznačuje sníženou mírou porozumění podstatě takové nemoci, z emocionálního hlediska jde o ambivalentní postoj, spojující soucit a odmítání (Vágnerová, 2012). Široká veřejnost odvozuje duševní onemocnění ze čtyř signálů: psychiatrické symptomy, deficit sociálních dovedností, fyzický vzhled a nálepky. Mnoho příznaků těžké duševní nemoci, jako je nepřiměřený afekt, bizarní chování, jazykové nesrovnalosti a mluvení sám se sebou nahlas jsou zjevnými indikátory psychiatrického onemocnění, které veřejnost děsí. Výzkum ukázal, že příznaky jako tyto mají tendenci vyvolávat stigmatizující reakce (Corrigan a Kleinlein, 2005).

Nedostatek povědomí o duševních onemocněních posiluje předsudky vůči nemoci i nemocnému. Lidé v okolí nemocného často neví, jak nemoc vzniká a vysvětlují ji různým způsobem. Mohou mít pocity viny za to, že jejich blízký onemocněl a mohou mít potřebu se této viny zbavit. Neznalost problematiky má vliv i na obraz o možnostech léčby. Lidé mnohokrát nevědí, co s tímto typem nemoci dělat. Výsledkem mohou být pocity bezradnosti a bezvýchodnosti, které umocňují potřebu najít vysvětlení a z toho plynoucí řešení. Chování rodinných příslušníků se často mění v situaci, kdy je nemocný vyšetřen a diagnostikován psychiatrem. Potvrzení diagnózy duševního onemocnění často činní rodině zátěž, kterou je nezbytné zpracovat. Reakce rodiny na duševní onemocnění má svou vývojovou dynamiku a v průběhu času se mění (Vágnerová, 2012). Corrigan, Druss a Perlick (2014, s. 47) uvádějí, že „stejně jako lidé s duševním onemocněním mohou být někteří členové jejich rodiny poškozeni veřejností a sebestigmatizací“. Přes pokrok a vývoj společnosti zůstává stigmatizace osob s duševním onemocněním závažným problémem i v současné době. Je žádoucí pracovat na odstranění negativního nálepkování duševně nemocných, tedy na jejich destigmatizaci. Jedním z dílčích prostředků je široká osvěta, vzdělání a výchova (Orel, 2020).

2.4 Proces Recovery

Klient s duševním onemocněním je především člověk. Je to člověk, který má specifické potřeby a odlišné způsoby jejich uspokojení. Jeho potíže se vyskytly v určité oblasti psychických

funkcí, případně představují kombinaci poruch těchto funkcí. Takové problémy jsou pro klienta velkou zátěží a mohou ho postavit až do role nemocného. Pak nastupují zdravotnické a sociální služby, které se pokoušejí potíže klienta buď zmírnit nebo odstranit (Mahrová a Venglářová, 2008). Probstová a Pěč, (2014, s. 214) uvádějí, že „*cílem moderní péče o lidi s duševním onemocněním není pouze snížení intenzity symptomů nebo jejich eliminace. Důležitým úkolem je zvýšení funkčních kapacit u těchto lidí a nalezení jejich uspokojivého místa ve společnosti.*“.

Proces změny je označován jako recovery neboli zotavení či úzdava. Jde o dlouhodobý proces zlepšování zdravotního stavu a osobní proměny, která umožňuje osobě s duševním onemocněním žít smysluplný život ve společnosti (Probstová a Pěč, 2014). Současné přístupy k pochopení osobního zotavení jsou primárně založeny na kvalitativním výzkumu nebo metodách konsenzu (Leamy a kol., 2011). Jacob a kol. (2017, s. 58) definovali úzdavu jako „*vícerozměrný proces zahrnující osobní růst a transformaci sebe sama s novým smyslem a účelem*“. Anthony (1993, s. 20) souhlasí a dodává, že „*úzdava, jak ji v současnosti chápeme, zahrnuje rozvoj nového smyslu a účelu člověka, jakmile se člověk povznese nad katastrofální následky duševního onemocnění*“. Podle Anderse (2017, s. 12) základním principem zotavení je, „*že nezbytně nemusí znamenat klinické uzdravení. Člověk může žít spokojený život, aniž by se nutně musel plně uzdravit ze své nemoci*“. Fojtíček (2020, s. 418) charakterizuje úzdavu jako „*způsob, jak žít spokojený, nadějný a přínosný život přes všechna omezení způsobená duševním onemocněním*“.

Zotavení člověka je jedinečný a nepřenositelný příběh. Každý člověk se zotavuje z různých věcí různě a nezáleží to primárně na jeho zdravotním stavu, ale na řadě dalších okolností: zkušenostech, temperamentu, charakterových rysech, rodině, přátelích, práci a prostředí. Příběh se vztahuje k životu člověka, ne k jeho nemoci. V zotavení hraje klíčovou roli naděje, převzetí zodpovědnosti a zastávání smysluplných životních rolí (Anders, 2017). „*Úzdava je často složitý a velmi časově náročný proces*“ (Pěč a kol., 2009, s. 104). Van Lith, Fenner a Scofield (2010, s. 652) zdůrazňují, že „*zotavení je obtížný proces osobního růstu, jehož prostřednictvím člověk rozvíjí smysl, který přesahuje symptomy, postižení a stigma duševní nemoci*“. Ventegodt a kol. (2005, s. 428) k tomu dodávají „*uzdravení z duševní nemoci je proto otázkou převzetí zodpovědnosti za život*“. Perspektiva zotavení je založena na zájmu o posílení postavení utlačované populace, víře v právo všech jednotlivců na sebeurčení a pochopení vlivu prostředí na zkušenost lidí s psychiatrickým onemocněním (Carpenter, 2002).

2.5 Multidisciplinárni přístup

Hlavní problém zejména dlouhodobého psychiatrického onemocnění spočívá v nutnosti pokrýt množství různých potřeb člověka, a to zpravidla současně napříč jednotlivými odbornostmi. Proto účinný systém pomoci vězí v právě v součinnosti mnoha odborníků. K tomu je nutná provázanost, což je podstatou multidisciplinárni spolupráce (Mahrová a Venglářová, 2008). Systém péče musí být schopen poskytovat nejen pomoc v léčení duševního onemocnění, ale musí poskytnout pomoc a podporu ve všech potřebných oblastech klientova života: celkový zdravotní stav, bydlení, práce, sociální a společenský status (Anders, 2017).

Dále Anders (2017, s. 13) defínuje multidisciplinárni přístup jako „*koordinaci a spolupráci pracovníků různých povolání a institucí*“. Musí probíhat na třech základních úrovních:

- 1) koordinace různých profesí v rámci jednoho týmu;
- 2) koordinace a spolupráce napříč jednotlivými službami;
- 3) koordinace a spolupráce v rámci komunity (Anders, 2017).

Multidisciplinárni tým složený z odborníků, kteří mohou ovlivnit kvalitu života duševně nemocných, pracuje společně ve prospěch konkrétního klienta. Členové týmu se pravidelně setkávají, sdílejí informace o potřebách klientů a společně řeší jejich životní situace (Anders, 2017). Krbcová Mašínová a kol. (2020, s. 4) defínují multidisciplinárni přístup jako „*způsob práce, jakým různé profese, různé organizace partnersky spolupracují, efektivně vzájemně komunikují a plánují tak, aby byl maximálně využit jejich společný potenciál znalostí, zkušeností a intervencí ve prospěch jednotlivce či celé skupiny*“. Psychiatrická péče poskytovaná komunitními multidisciplinárnimi týmy je kvalitativně odlišná oproti péči poskytované stávajícím systémem služeb (ambulantní a lůžková péče). Je důležité, aby služby multidisciplinárních týmů představovaly zvláštní druh péče právě s ohledem na přesahy do oblastí mimo zdravotní péči a služby (Anders a kol., 2020).

Péče o lidi s duševním onemocněním prochází celosvětově velkou proměnou. Důraz je kladen na naplňování a posílení jejich práv a kvalitu služeb, které jsou jim poskytovány. Rozvíjí se celostní model péče orientovaný na celkové zotavení a maximální integraci lidí s duševním onemocněním do běžného života. Změna je charakteristická i odklonem od péče ve velkých psychiatrických nemocnicích a rozvojem komunitní péče. Velký význam je kladen na

koordinaci a propojení jak jednotlivých profesí, tak jednotlivých typů služeb. Důležitým prvkem moderní péče je zapojení celé komunity a spolupráce s ní (Krbcová Mašínová a kol., 2020). Lidé s duševním onemocněním často potřebují komplexní péči, zvláště pokud žijí s komorbidními poruchami. Je příznačné, že osoby s komplikovanými potřebami péče často vyžadují podporu a intervenci z řady zdravotnických oborů. Bez ohledu na oblast jejich odbornosti je důležité, aby každý jednotlivec v týmu porozuměl složitosti prožité zkušenosti s duševním onemocněním (Moxham a kol., 2016).

Zavádění multidisciplinárního přístupu má několik počátečních cílů. Přispět ke snížování a zkracování pobytu lidí s duševním onemocněním ve fázi nemoci mimo jejich přirozené prostředí. Kromě toho předcházet vyčlenění lidí s duševním onemocněním ze společnosti, resp. zvýšit jejich zapojení do běžného života. A také působit včas a efektivně v místech, kde se vyskytuje riziko vzniku duševního onemocnění (Krbcová Mašínová a kol., 2020). Prevence a včasná intervence jsou uznávanými klíčovými prvky pro minimalizaci dopadu jakéhokoliv potencionálně závažného zdravotního stavu. Propagace a prevence v oblasti duševního zdraví nemusí být nutně odpovědností samotných odborníků v oblasti duševního zdraví (Colizzi, Lasalvia, Ruggeri, 2020).

Pro přijetí multidisciplinárního přístupu je klíčové společné porozumění celostnímu (holistickému) pojetí péči o zdraví. Na holistický přístup přímo nasedá bio-psycho-socio-spirituální pojetí člověka. Čím více budou týmy pracovat ve smyslu tohoto pojetí, tím více bude docházet k plnému využití potenciálu dovedností a umu lidí, kteří jsou členy týmu (Krbcová Mašínová, 2020).

2.6 Celostní přístup

V rychlém světě zdravotní péče může být duševní onemocnění, a jeho dopad na fyzické zdraví, až příliš často přehlíženo nebo nedostatečně léčeno. S velkým množstvím případů, přeplněnými pohotovostními odděleními nemocnic a vyčerpávajícími ordinacemi primární péče může existovat tendence zaujmout epizodický přístup a zaměřit se pouze na primární diagnózu nebo stav. Je zapotřebí holistický přístup, který se dívá na celého člověka, včetně jeho fyzického a duševního zdraví (Carter a kol., 2015). Globální pohled na člověka je označován jako celostní, též komplexní nebo holistický přístup. Zahrnuje zároveň oblast tělesnou (somatickou), psychickou (duševní), vztahovou (sociální) a přesahovou (duchovní či spirituální). V literatuře se

potkáváme s pojmy komplexní/ celostní/ bio-psycho-sociálně-spirituální přístup. Znáмым průkopníkem komplexního přístupu byl americký psychiatr George Libman. Obecně známý a běžně užívaný je zčásti synonymní pojem psychosomatika (Orel, 2020). Honzák a Červenková (2014, s. 36) uvádějí, že „*poprvé se jí lékaři začali zabývat ve třicátých letech, poté, co měl Sigmund Freud v Americe úspěch s psychoanalýzou. Tou vlastně probudil opětý zájem o duši*“. I v případě, že bychom brali v potaz pouze psychosomatickou stránku, tedy tělesnou a psychickou, zjistíme, že ani tyto dvě oblasti nelze od sebe oddělit. Ovlivňují vzájemně do takové míry, že společně vytvářejí nedílný, vzájemně komunikující a propojený celek (Orel, 2020). Gjuričová a Kubička (2009, s. 190) avšak poukazují na to, že „*názor, že tělesné a psychické představuje vztahový a komunikující celek, se sice popularizuje, zatím se však nestal samozřejmou součástí povědomí*“.

Zdraví je holistický pojem. Zdravotní stav člověka zahrnuje několik aspektů včetně fyzického, funkčního, mentálního, behaviorálního, emocionálního, psychosociálního a kognitivního stavu. Zdraví odkazuje na přítomnost nebo nepřítomnost nemoci, zranění, postižení, nebo jakéhokoliv omezení, které vyžaduje zvláštní zacházení a řešení (Carter a kol., 2015). Dobré duševní zdraví a pohoda jsou základem našeho celkového zdraví, kvality života a umožňují nám budovat odolnost vůči každodennímu stresu, pracovat produktivně, mít naplňující vztahy a prožívat život jako smysluplný (Thieme a kol., 2015).

Podle Orla (2020, s. 73-74) „*komplexní přístup vychází z toho, že všechno souvisí se vším. Kupříkladu narušení tělesné oblasti (třeba změna koncentrace mediátorů v mozku) ovlivní jak psychiku (jak se bude člověk cítit, myslet, chovat se), tak vztahy (začne se stranit lidí) a duchovno (začne hledat smysl nebo jej naopak ztratit)*“. Podobně se může ukázat narušení jakékoliv jiné oblasti. Nezdravé vztahy ovlivní naši psychiku i tělo, zármutek a smutek v duši ovlivní jak tělo, tak vztahy apod. (Orel, 2020). Obecným principem při léčení duševně nemocného pacienta a navození uzdravení je zpracovat potlačovanou emoční bolest a negativní rozhodnutí. Když se to udělá, pacienti postupně převezmou zodpovědnost za život a existenci (Ventegodt a kol., 2005). Celostní přístup nepopírá a nesnižuje, ale ani nevyzdvihuje žádnou z oblastí, ovšem je pojímá jako celek fungující ve vzájemné provázanosti. Celostní přístup je náročný nejen na znalosti a dovednosti, ale také na čas. Čas je jedním z limitujících faktorů, kde je potřebný rychlý a cílený zásah. Při akutním stavu, sebevražedném pokusu apod. jde celostní přístup stranou. Je možné se k němu vrátit, až je klient stabilizovaný. Vedle znalostí, dovedností a času je důležitá také ochota podívat se na věci jiným způsobem a hledat možné souvislosti a spojitosti. Komplexní přístup nemůžeme v žádném případě vnímat v rozporu se

západní medicínou, ale raději jako její rozšíření a funkční doplnění (Orel, 2020). Brimblecombe a kol. (2007, s. 340) poukazují na to že, „*holismus je koncept dlouhodobě zobrazovaný jako základní kámen všech forem ošetřovatelství*“. Honzák a Červenková (2014, s. 32) dodávají „*není to přece žádná duchařina, která by chtěla medicínu obracet naruby nebo hlásala, že všechny choroby mají původ ve špatné psychice, jak mnozí odpůrci tvrdí*“.

3 Vymezení pojmu sociální pedagogika

Sociální pedagogika jako vědecká disciplína svůj vývoj začíná v 19. století (Knotová a kol., 2014). Prvními představiteli byli němečtí pedagogové Karl Mager a Adolf Diesterweg. Na přelomu 20. století bylo německými pedagogy vytvořeno mnoho teorií sociální pedagogiky. Nejvýznamnější z nich byli Paul Natorp, který byl ovlivněn Platónovou doktrínou idejí spolu s epistemologickými a etickými návrhy Immanuela Kanta a teorie výchovy Johanna Heinricha Pestalozziho. Jako tradice myšlení a jednání je sociální pedagogika starší než pojem nebo použití termínu „sociální pedagogika“. Zakladatelé si kladli správně otázku, ačkoliv tento termín nepoužívali. Sociálně pedagogický pohled byl od počátku založen na pokusech o výchovná řešení sociálních problémů. Pedagogové, kteří věnovali pozornost chudobě a jiným formám sociální tísně, např. Juan Luis Vives, Johann Amos Comenius, Johann Henrich Pestalozzi, Friedrich Fröbel jsou z pedagogického hlediska a bez použití termínu „sociální pedagogika“ průkopníky sociálně pedagogické perspektivy (Hämäläinen, 2003). Sandermann a Neumann (2017, s. 17) uvádějí, že *„německé přístupy sociální pedagogiky odrážejí poněkud nedefinovaný koncept, který se pokouší spojit několik historicky se měnících pojmů jedním slovem“*. Koncepce sociální pedagogiky se v průběhu času měnila. Zvláště to souviselo s výkladem pojmu sociální. Podle jednoho výkladu byl tento pojem chápán ve smyslu potřeby pomoci těm, kteří se dostali do těžké životní situace. Druhý výklad viděl pojem sociální ve vztahu k celé společnosti, tudíž ve smyslu výchovy všech společenských kategorií pro život v dané společnosti (Kraus, 2008). Koncept sociální pedagogiky je nějak obtížně uchopitelný. Je otázkou, zda sociální pedagogika ve své nejednoznačnosti dokáže odpovědět, co přesně je. Od úplného začátku to bylo obtížné objasnit a zdůvodnit, což přineslo teoretickou hlubokou a mnohostrannou myšlenkovou tradici. Teoretické pojetí je stále zásadní výzvou sociální pedagogiky ve všech jejích aplikacích, ve smyslu disciplíny, oboru, budování teorie, oblasti výzkumu a odborné činnosti (Hämäläinen, 2015). Eriksson (2013, s. 168) dodává *„souhrnně je sociální pedagogika vnímána jako těžce definovatelné téma. V různých zemích se objevuje v různých podobách“*. Následně na to Eriksson (2013, s. 168) klade otázku *„zda je možné nebo žádoucí dosáhnout společného mezinárodního chápání toho, jak popsat sociální pedagogiku“*.

Podle Procházky (2012) je sociální pedagogika v aktuálním pohledu chápána jako: 1) pedagogika prostředí; 2) pedagogika zkoumající otázky výchovy člověka; 3) pedagogika, která chápe výchovu jako pomoc všem věkovým kategoriím; 4) pedagogika, která se zabývá odchylkami sociálního chování.

Ad 1. Sociální pedagogika jako nauka o vztazích prostředí a výchovy

Příznivci prvního přístupu dávají sociální pedagogiku do spojitosti s pedagogikou prostředí. Specializují se především na zkoumání přirozeného prostředí výchovy, jako je rodina, odhalují podstatu místního prostředí a všímají si také role vrstevnických skupin. Pozornost zaměřují i na mimoškolní výchovu a taktéž roli zájmových činností v utváření optimálního životního stylu dětí a mládeže (Procházka, 2012).

Ad 2. Sociální pedagogika jako normativní věda o výchově člověka

Představitelé druhého přístupu kladou důraz na důležitost výchovy pro budoucnost dětí. Sociální pedagogika se v tomto pojetí dostává blízko představy aktivní sociální práce. Hledá konkrétní postupy reedukace, resocializace a integrace jedinců nebo skupin, jež jsou ze společnosti vylučovány (Procházka, 2012).

Ad 3. Sociální pedagogika jako životní pomoc

Příznivci třetího přístupu chápou sociální pedagogiku jako pomoc všem věkovým kategoriím ve výchově, vzdělání a celoživotním učení. Sociální pedagogika je nově pojmenována jako pozitivní pedagogika, ve které jde o vývoj, prohloubení a zlepšení toho, co je známé, a přitom korigování toho ostatního. Sociální pedagogika se v tomto významu stává konceptem životní pomoci člověku. Jejím cílem je poskytovat pomoc dětem, mládeži i dospělým z různých typů prostředí. Nalezení přesných forem pomoci a náhrada nedostatků je následně cestou k přeměně kvality života jedince i k výchovné přeměně celé společnosti (Procházka, 2012).

Ad 4. Sociální pedagogika jako věda o deviacích sociálního chování

Podle představitelů čtvrtého přístupu by měla sociální pedagogika cílit na odchylky sociálního chování a poskytovat sociálně-integrační pomoc. Předmětem sociálně pedagogické činnosti jsou sociálně patologické jevy, sociální deviace a vliv sociálního prostředí na formy rizikového chování. Cílem sociální pedagogiky je vytváření preventivních opatření a jejich realizace ve výchově. Dále pak socializace jedince, která se systematicky věnuje hlavně ohroženým a sociálně znevýhodněným skupinám (Procházka, 2012).

Rozdílné pojmání sociální pedagogiky je důsledkem toho, zda ji pojmáme jako obor teoretický nebo více jako oblast praktickou. Ti, kteří preferují sféru praktickou, se zaměřují na pomoc v praxi a naplňují ideje sociální pedagogiky zakládání zařízení či institucí a hledáním cest, jak poskytnout podporu těm lidem, kteří to potřebují. Některá pojetí jsou výrazně širší,

jiná užší, a ta jsou navíc různorodá (Kraus, 2008). „*Problematika sociální pedagogiky se netýká jen určitých kategorií společnosti, ale v zásadě celé populace, a nejde jen o oblast mimo školu, ale mluví se i o sociálně-pedagogické práci ve škole*“ (Kraus, 2008, s. 41).

Nejvíce ze široka pojímá sociální pedagogiku J. Haškovec (1993), podle kterého by celkově pedagogika měla být sociální. Moss a Petrie (2019, s. 396) dodávají „*sociální pedagogika je o výchově v jejím nejširším smyslu a jejímu vztahu k sociálnímu světu*“. Sociální pedagogika může být chápána v širším pojetí jako vědní obor, který má transdisciplinární charakter. Orientuje se na roli prostředí ve výchově, nejen v souvislosti s problémy rizikových, ohrožených a znevýhodněných skupin, ale v souvislosti s celou populací. Sociální pedagogika by podle tohoto výkladu měla vytvářet soulad mezi potřebami jedinců a společnosti (Kraus, Poláčková, 2001). Užší pojetí sociální pedagogiky lze definovat jako: „*disciplínu pedagogiky zabývající se širokým okruhem problémů spjatých s výchovným působením na rizikové a sociálně znevýhodněné skupiny mládeže a dospělých*“ (Průcha, Mareš, Walterová, 2003, s. 217). Mezi tyto problémy patří poruchy rodiny a rodičovství; náhradní rodinná výchova; týrané, zneužívané a zanedbávané děti; delikvence a agrese mládeže; drogová závislost mládeže; dětská prostituce a pornografie; dodržování práv dítěte; resocializace a reedukace trestaných osob (Průcha, Mareš, Walterová, 2003).

Současná sociální pedagogika zahrnuje dvě dimenze: sociální a pedagogickou. Sociální dimenze je dána společenskými podmínkami v dané společnosti. Společnost tvoří podmínky a okolnosti, jimiž mnohdy komplikuje ideální socializaci jedince či rozdílných sociálních skupin. Z toho důvodu vnikají určité rozpory. Sociální pedagogika s těmito nestrannými podmínkami a rozpory počítá, akceptuje je a hledá východiska i řešení pro nejlepší vývoj osobnosti. Z čehož vyplývá, že se zabývá měnícím se prostředím, ve kterém výchovný proces probíhá. Pedagogická dimenze spočívá v prosazování a realizování společenských nároků, žádoucích cílů a požadavků, taktéž minimalizuje vnikající rozpory, a to vše pedagogickými prostředky. Sociální pedagogika vstupuje do míst, kde výchovné postupy selhávají a pracuje s jedinci a skupinami potencionálně deviantními. Rovněž pojednává o tom, jak zlepšit a ovlivnit životní situace a procesy, a to s důrazem na vnitřní potenciál jedince a jeho individualitu. Celým oborem se prolíná téma, kterým je rozvoj sociální kreativity a aktivizace sil každého jedince. Současně k výchozímu obsahu patří zdokonalení jedince a minimalizace rozporů mezi ním a společenskými podmínkami (Kraus, 2008). Storø (2012, s. 19) dodává „*základní spojení mezi jednotlivci a společností umožňuje sociální pedagogiku měnit v souladu se změnami společnosti*“.

3.1 Vymezení předmětu sociální pedagogika

Bakošová (2011) vymezuje předmět sociální pedagogiky jako pomoc lidem, kteří se musejí vypořádávat se svými životními těžkostmi a úkoly a jsou ohroženi určitým prostředím, opět samostatně fungovat ve společnosti. Podle Krause (2008, s. 46) se sociální pedagogika zaměřuje na „*každodennost života jedince, na zvládnání životních situací bez ohledu na věk, akcentuje ochranu jedince před rizikovými vlivy a iniciuje takové změny v sociálním prostředí, které se snaží uvádět do souladu individuální potřeby a zájmy jedince s možnostmi společnosti*“.

Dle Krause (2008) má sociální pedagogika dvě základní funkce: preventivní a terapeutickou.

1) Oblast prevence se zabývá tím, jak na jedince působí prostředí rodiny, či různé typy lokalit, vrstevnických skupin a společenských organizací. V podstatě by se měla zaměřit na chování zdravé populace, ale současně vyhledávat lidi s potencionálně sociálně-patologickým jednáním. Jde o činnost středisek prevence, protidrogových center, linek důvěry apod. (Kraus, 2008).

2) Oblast terapeutická působí v oblasti potřeb člověka s cílem vyrovnávat nedostatky, které způsobily negativní vlivy prostředí. Jde o specifické přístupy k lidem, kteří jsou z hlediska fungování společnosti vážným problémem, ale také k osobám určitým způsobem znevýhodněným. Tyto problémy jdou řešeny zejména v nápravných zařízeních a výchovných a léčebných ústavech, ale také kupříkladu formou náhradní rodinné výchovy (Kraus, 2008).

Kraus (2008) uvádí, že specifika sociální pedagogiky ve srovnání s tradiční pedagogikou jsou:

- 1) objekt výchovy, kdy sociální pedagogika klade důraz na sociální skupinu, nikoliv na jedince;
- 2) cíle výchovy, kdy sociální pedagogika preferuje orientaci na altruistické jednání, spolupráci a vzájemnou pomoc;
- 3) metody a prostředky, kdy sociální pedagogika upřednostňuje postupy, kterými vychovávaného neovlivňujeme přímo, ale prostřednictvím podmínek, prostředí a režimu, který v jeho prostředí platí (Kraus, 2008).

3.2 Profese sociálního pedagoga

Sociální pedagogika je řazena mezi obory, které jsou označovány jako pomáhající profese. Má zřetelnou humanistickou orientaci, která staví na potřebě pomáhat druhým lidem a respektu individuálních potřeb klienta (Procházka, 2012). Hämäläinen (2015, s. 1024) uvádí, že „*jako profesní systém působí sociální pedagogika na hranici mezi sociálním a vzdělávacím sektorem*“.

Pokud jde o pochopení sociálně pedagogické praxe, je životně důležité, aby se praxe orientovala na pedagogiku, k práci se změnou jako cílem a s pedagogickým úhlem k němu. Slovo pedagogika se zde používá k označení výchovy, sociálního učení, formace a socializace. Nejedná se o pedagogiku učitele ve třídě, neboť cílem sociálně pedagogického přístupu není učit žáky dějepis, zeměpis nebo matematiku. Jde o ovlivňování života dětí a mladých lidí. Je to učení v porozumění a účasti na společenském životu. Ne nějakým hlubokým, terapeutickým způsobem, ale ve smyslu dovednosti pro spoluúčast v různých sociálních kontextech a schopnosti zvládat různé situace (Storø, 2012). Procházka (2012, s. 73) říká, že „*pole působnosti sociálního pedagoga jsou velmi proměnlivá, a možná i proto je obtížné najít společného jmenovatele, který by profesi sociálního pedagoga v současné společnosti jasně a zřetelně definoval*“. I přesto má sociální pedagogika společné funkční znaky, které jsou pro tuto profesi charakteristické. Procházka představuje dvě hlavní funkce sociálního pedagoga:

- 1) Funkce integrační, která se zajímá o to, do jaké míry může sociální pedagog zastavit sociální problémy jedince a jak je mu schopen obstarat odbornou pomoc či podporu;
- 2) Funkce rozvojová, která se zabývá zejména prevencí a v podobě primární prevence se dotýká fakticky celé společnosti (Procházka, 2012).

Specifikem profese sociálního pedagoga je, že se věnuje práci s klienty v širokém věkovém rozmezí. Nejvíce se uplatňuje v práci s dětmi a mladistvými, dále pak rodinou a marginálními skupinami. Aktuálně narůstají příležitosti zapojení sociálního pedagoga do práce s dospělými a se seniory (Procházka, 2012). Sociální pedagogové jsou vystudovaní odborníci, kteří obvykle absolvovali odborné vzdělání v délce tři až čtyř let nebo delší magisterské studium, obojí doplněné o další odborné vzdělávání (Moss a Petrie, 2019). Procházka (2012, s. 74) charakterizuje sociálního pedagoga jako „*specializovaného odborníka, vybaveného teoreticky, prakticky a koncepčně pro záměrné, tedy výchovné, působení na osoby a sociální skupiny*“. Jejich teoretické a praktické vzdělání kvalifikuje sociální pedagogy pro práci v širokém spektru vzdělávacích a sociálních služeb v průběhu celého života. Zatím co škola

není vyloučena pro některé sociálně pedagogické role, v současnosti sociální pedagogové většinou působí ve službách s potenciálem podporovat neformální učení, spíše než v těch s formálním kurikulem. Kromě rozmanitosti služeb pracují sociální pedagogové s různými skupinami např. dětmi a mládeží, rodinami a komunitní prací s dospělými (Moss a Petrie, 2019). V profesi sociálního pedagoga se střídají činnosti přímého působení s činnostmi organizačními, výzkumnými a manažerskými (Procházka, 2012). Kraus (2008) vymezuje profesní uplatnění sociálního pedagoga na oblasti: vlastní výchovná činnost; sociálně výchovná práce ve výchovných zařízeních včetně škol; činnosti poradenské, depistážní; organizování akcí; tvorba programů a projektů; vzdělávání, osvěta; vědeckovýzkumná činnost.

3.3 Osobnostní kompetence sociálního pedagoga

Charakteristickým znakem autority každého sociálního pedagoga je jeho osobnost, v níž můžeme najít přirozený původ toho, že jej klienti respektují a důvěřují mu (Procházka, 2012). Podle Heluse (2007, s. 219) „*právě neformální a přirozená autorita staví sociálního pedagoga před klienty do role respektovaného odborníka, někoho, kdo si umí poradit s problémy, dovede se rozhodovat a zachovávat respektující a individuální vztah k jednotlivým klientům*“. Osobnostní kompetence je široký pojem, který v sobě zahrnuje celou řadu oblastí. Tyto kompetence by měly zahrnovat tvořivost, schopnost řešení problémů, kritické myšlení, schopnost týmové spolupráce a schopnost iniciování změn. U sociálního pedagoga je také kladen důraz na vysokou úroveň socializace spojenou s porozuměním, empatií, tolerancí, všeobecným rozhledem a širokými zájmy o společenské dění. Není jistě možné, aby student či čerstvý absolvent automaticky disponoval širokým spektrem výše zmiňovaných předpokladů. Osobnostní rozvoj sociálního pedagoga je záležitost celoživotního vzdělávání, již má vysokoškolská příprava dát širší základ. Není příliš reálné se domnívat a očekávat, že začínající sociální pedagog bude schopen plnit svoje povinnosti stejně kvalitně a rychle jako jeho zkušenější kolegové (Procházka, 2012).

3.4 Profesní kompetence sociálního pedagoga

Výkon profese sociálního pedagoga je vždy spojen s konkrétní organizační jednotkou, v níž se realizuje, a se zabezpečování konkrétních profesionálních aktivit. Pro zvládnání těchto činností

je důležitá schopnost sehrávat roli realizátora a spoluorganizátora pracovních procesů (Procházka, 2012). Procházka (2012) vymezuje kompetence sociálního pedagoga jako: kompetence oborová (poznání vědeckých základů svého oboru); kompetence psychologicko-poradenská (schopnost motivovat klienty ke spolupráci, umění řídit rozhovor, vytvářet příznivé sociální, emocionální a pracovní klima, individuální přístup ke klientovi, schopnost objasňovat situaci); kompetence komunikativní (schopnost komunikovat s klienty, vlastními kolegy, nadřízenými); kompetence organizační a řídicí (plánovat a projektovat svou činnost, navozovat a udržovat určitý řád a systém ve své práci); kompetence diagnostická a intervenční (porozumět tomu, jak klient myslí, cítí, jedná a proč, jaké to má příčiny, kde mají klienti své problémy, jak jim lze pomoci); kompetence reflexe vlastní činnosti (schopnost ze zjištěného vyvodit důsledky). Procházka (2012, s. 81) dodává, že *„zmíněné kompetence jsou základem pro činnostní celky, které jsou součástí profese sociálního pedagoga. Výčet těchto činností se neustále vyvíjí, závisí na proměně trhu práce, na společenské potřebě i na legislativním zázemí“*.

3.6 Vztah sociální pedagogiky a sociální práce

Sociální pedagogika má blízko k sociální práci. V určitých ohledech jsou to podobné disciplíny, především co se týká některých cílových skupin. V naší společnosti se tyto dvě disciplíny sice setkávají, nicméně si udržují svoji svébytnost, na rozdíl od zahraničí, kde v některých zemích se tyto disciplíny výrazně prolínají. Sociální pedagogika působí zejména v oblasti prevence a kompenzace. Pracuje s prostředím, které člověka obklopuje a také aktivizuje jedince. Sociální práci v našich podmínkách chápeme spíše jako intervenci do náročné situace klienta, často do situace jedinců i skupin, které nejsou motivovány ke změnám (Gulová, 2011). Podle Hämäläinenena (2003) existují tři hlavní teorie vztahu sociální pedagogiky a sociální práce nalezené v literatuře:

- 1) sociální pedagogika a sociální práce se od sebe zcela liší;
- 2) sociální pedagogika a sociální práce jsou totožné;
- 3) sociální pedagogika a sociální práce se vzájemně doplňují.

Zejména ve třetí kategorii lze některé podkategorie definovat odkazem jak na historické faktory, tak na podobnosti a rozdíly v hodnotách, cílech, metodách, cílových skupinách atd. Teoretická otázka vztahu sociální pedagogiky a sociální práce byla pragmaticky

vyřešena ve všech zemích, kde se oba koncepty aktivně používají nebo uplatňují. Pro definování vztahu těchto dvou pojmů byl vyvinuty různé typy řešení (Hämäläinen, 2003).

3.7 Sociální pedagogika a komunitní péče o osoby s duševním onemocněním v severní Evropě

Rothuizen a Harbo (2017) uvádějí, že v Dánsku jsou sociální pedagogové lidé, kteří pracují s marginalizovanými dětmi, dospívajícími a dospělými v ústavech s celodenní péčí. Dále také pracují v ulicích, komunitní psychiatrii, s lidmi s poruchou učení, závislými a lidmi bez domova. Pedagog vidí druhého člověka nikoli jako nositele symptomů, ale jako účastníka, který má právo na každodenní život s autonomií a společností. Tím se i pedagog stává účastníkem tohoto každodenního života, ať už v raném dětství, péči o lidi s demencí, pedagogické práci s poruchami učení nebo komunitní psychiatrii. Na norském území se praktická aplikace sociální pedagogiky historicky soustředila na pomoc sociálně marginalizovaným skupinám. Sociálně pedagogické intervence týkající se takových komunit zahrnovaly pokusy o resocializaci deviantních dětí a dospělých, psychiatrickou léčbu pro osoby s duševním onemocněním a rozvoj sociálně inkluzivní školy (Stephens, 2009).

3.8 Důsledky výkonu profese

Požadavky i náročnost profese sociálně-pedagogického pracovníka se zrcadlí v jeho psychice a zdravotním stavu. Souběžně s fyzickou a psychickou únavou se u pedagogických pracovníků projevuje sociální únava, která vzniká z přesycenosti sociálními kontakty a z ustavičné komunikace (Kraus, 2008). „*Ta se pak promítá i do soukromí a rodinného života, a to i třeba snahou izolovat se a uniknout dalším kontaktům, být s členy vlastní rodiny*“ (Kraus, 2008, s. 202). Neblaze se může projevovat i nepravidelná pracovní doba. Pracovník je vystaven nepřetržitým změnám životního rytmu. Povinnosti se často hromadí do pozdně odpoledních a večerních hodin. Vše se pak odráží v produktivitě a podrážděnosti nervového systému. Stres je zapříčiněn tím, že „*profese postrádá zřetelná kritéria hodnocení, resp. sebehodnocení*“ (Kraus, 2008, s. 202). To mnohdy vede k pesimismu a pocitům marnosti v profesionálním počínání. Důsledkem všech negativních okolností a abnormálního zatížení je syndrom vyhoření (Kraus, 2008).

PRAKTICKÁ ČÁST DIPLOMOVÉ PRÁCE

4 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Hlavním cílem výzkumu je *porozumět procesu deinstitucionalizace psychiatrické péče z pohledu sociálního pedagoga*. Záměrem je sledování variability a interpretace zjištěných poznatků o tom, jak sociální pedagogové svou zkušenost s deinstitucionalizací psychiatrické péče prožívají, jak se s ní vyrovnávají a jak situaci zvládají. Sociální pedagogové byli zvoleni z toho důvodu, že jsou důležitou součástí multidisciplinárních týmů, které napomáhají klientům v návratu do běžného života.

Praktická část této diplomové práce se zabývá hlavní výzkumnou otázkou: „*Jak rozumí sociální pedagog procesu deinstitucionalizace psychiatrické péče*“. Na základě teoretických poznatků, výsledků empirických výzkumů a cíle prezentovaného výzkumu jsou stanoveny následující výzkumné otázky:

- 1) Jaký názor má sociální pedagog na proces deinstitucionalizace psychiatrické péče?
- 2) Jak podle sociálního pedagoga probíhá deinstitucionalizace psychiatrické péče?
- 3) Jakým způsobem je sociální pedagog součástí procesu deinstitucionalizace psychiatrické péče?
- 4) Jakým způsobem získává sociální pedagog informace z oblasti deinstitucionalizace psychiatrické péče?

4.1 Organizace a průběh výzkumu

Vzhledem k charakteru cíle výzkumu byl k jeho řešení a při hledání odpovědí na uvedené výzkumné otázky zvolen kvalitativní přístup. Podle Švaříčka a Šedové (2014, s. 24) se metody kvalitativního přístupu „*užívají k odhalení a porozumění tomu, co je podstatou jevů, o nichž toho moc nevíme. Mohou být také použity k získání nových a neotřelých názorů na jevy, o nichž už něco víme*“. Jako metoda tvorby dat bylo použito individuální polostrukturované interview (dále nazýváno též jako rozhovor). Zandlová (2020, s. 322) definuje polostrukturovaný rozhovor jako „*rozhovor, který má částečně připravenou strukturu*“.

V první fázi výzkumu byl definován cíl výzkumu, následně byly formulovány výzkumné otázky a struktura rozhovoru, která je rozdělena do pěti hlavních okruhů:

- 1) Porozumění termínu deinstitucionalizace psychiatrické péče
- 2) Průběh deinstitucionalizace psychiatrické péče

- 3) Role sociálního pedagoga v procesu deinstitucionalizace psychiatrické péče
- 4) Získávání informací o procesu deinstitucionalizace psychiatrické péče
- 5) Příležitosti ke zlepšení v procesu deinstitucionalizace psychiatrické péče

Poté byl vytvořen scénář polostrukturovaného rozhovoru. Ten je k dispozici v příloze č. 1. Ve druhé fázi byli prostřednictvím osobního setkání nebo telefonického rozhovoru osloveni sociální pedagogové, kteří pracují s osobami s chronickým duševním onemocněním z bezprostředního okolí a okresu výzkumníka. Dále bylo osloveno CDZ, které působí ve stejném okrese. Bylo zjištěno, že ve svých řadách nezaměstnává sociálního pedagoga. Následně byla oslovena nezisková organizace, která pracuje s osobami s chronickým duševním onemocněním napříč Českou republikou, u které jsme se domnívali, že by mohla ve svých řadách zaměstnávat sociálního pedagoga či s ním spolupracovat. Předané dva kontakty z uvedené organizace nesplňovaly kritéria výzkumného vzorku. Oslovena o sdílení prosby týkající se participace na výzkumu byla také Asociace sociálních pedagogů. Dva participanti, kteří se přihlásili po zveřejnění prosby, také nesplňovali kritéria výzkumného vzorku. Sběr rozhovorů probíhal od června do září roku 2023. Rozhovorů bylo získáno celkem šest. Průběh polostrukturovaného rozhovoru byl po souhlasu s participanty zaznamenán jako hlasová nahrávka a následně doslovně přepsán.

4.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek byl stanoven metodou účelového výběru. Novotná (2019, s. 294) definuje účelový výběr jako „*takový způsob tvorby vzorku, kdy to, jaký vzorek bude, vyplývá přímo z výzkumného problému*“. Proto byli vybráni sociální pedagogové pracující v zařízení sociálních služeb zaměřující se na osoby s chronickým duševním onemocněním, popř. při výkonu svého zaměstnávání jsou přímo v kontaktu s touto cílovou skupinou a při výkonu svého zaměstnání se jich dotýká téma deinstitucionalizace psychiatrické péče. Sociální pedagogové byli zvoleni z toho důvodu, že jsou důležitou součástí multidisciplinárních týmů, které napomáhají klientům v návratu do běžného života.

Při výběru participantů tedy byla stanovena tři kritéria:

- 1) Dokončené vzdělání v oblasti sociální pedagogiky
- 2) Zkušenost při práci s osobami s chronickým duševním onemocněním

3) Při výkonu svého zaměstnání se jich dotýká téma procesu deinstitucionalizace psychiatrické péče

Participant	Věk	Pohlaví	Zaměstnání	Zkušenost v letech	Místo rozhovoru	Délka rozhovoru
A1	42	muž	Nezisková organizace	3	V kanceláři	45 minut
A2	38	žena	Nezisková organizace	10	V kanceláři	50 minut
A3	44	muž	Městský úřad	10	V kanceláři	35 minut
A4	38	žena	Městský úřad	17	V kanceláři	60 minut
A5	44	muž	Nezisková organizace	16	V kanceláři	35 minut
A6	31	žena	Nezisková organizace	6	V kanceláři	30 minut

Tabulka 1 Charakteristika participantů a rozhovorů

4.3 Etika výzkumu

Participantí byli prostřednictvím telefonického rozhovoru osloveni a byl jim sdělen cíl výzkumu. Kvůli ochraně osobních údajů a zachování anonymity rozhovory se všemi participanty probíhaly v uzavřené kanceláři v místě jejich zaměstnání, kdy prostřednictvím telefonického rozhovoru bylo ujednáno, že na výzkumníka počkají a následně po pracovní době s nimi vykoná rozhovor. S participanty byl před začátkem rozhovoru projednán cíl výzkumu a pasivní informovaný souhlas v podobě ústní dohody, se kterým všichni souhlasili. Měli také možnost na některé otázky neodpovídat, pokud nebudou chtít. Participantí si přáli, aby rozhovory byly v co největší míře anonymní a jejich osobní údaje se nikde nezveřejňovaly, z toho důvodu byla zvolena tato forma. Průběh polostrukturovaného rozhovoru byl po souhlasu s participanty zaznamenán jako hlasová nahrávka a následně doslovně přepsán. S participanty bylo dohodnuto, že po přepisu nahrávky do písemné formy bude nahrávka smazána a nebude

nikde zveřejněna, stejně jako přepis rozhovorů. Dále kvůli ochraně osobních údajů a zachování anonymity byla participantům změněna jména na písmeno „A“ a číselné označení. Označení byla zvolena podle číselného systému (A1, A2, A3, A4, A5, A6).

4.4 Zpracování dat

Získaná data byla zpracována prostřednictvím interpretativní fenomenologické analýzy (Interpretative Phenomenological Analysis, dále jen IPA). Koutná Kostínková a Čermák (2013, s. 9) uvádějí, že IPA nám *„pomáhá detailně prozkoumat, jak člověk utváří význam své zkušenosti, což nám umožňuje porozumět jednotlivé události nebo procesu“*. K analýze dat byla využita metoda otevřeného kódování. Hendl (2005, s. 247) uvádí, že při otevřeném kódování výzkumník *„pomalu čte terénní poznámky a přepisy rozhovorů a všímá si kritických míst. Otevřené kódování odhaluje v datech určitá témata“*. Přepisy rozhovorů byly nejprve několikrát přečteny a poté rozstříhány na základě určitých témat. Tato témata byla sdružena do určitých kategorií. Následně byly tyto kategorie přiřazeny do pěti tematických okruhů. Na základě odpovědí obsažených v tematických okruzích byly formulovány určité teze.

5 Analýza dat

Kvalitativní výzkum byl analyzován prostřednictvím analýzy IPA. Data byla rozdělena do pěti okruhů. Okruhy byly členěny dále do kategorií. První okruh popisuje oblast porozumění termínu deinstitucionalizace psychiatrické péče. Participanti uvádějí, že termínu deinstitucionalizace psychiatrické péče rozumí zejména v kontextu přesunu dlouhodobě hospitalizovaných osob s duševním onemocněním zpět do jejich přirozeného prostředí. Dále upozorňují na to, že deinstitucionalizace psychiatrické péče usiluje o zlepšení kvality života osob s duševním onemocněním. Druhý okruh popisuje téma průběhu deinstitucionalizace psychiatrické péče. Participanti poukazují na zásadní význam vzniku Center duševního zdraví, multidisciplinárních týmů a spolupráce mezi resortem zdravotnickým a sociálních služeb. Dále popisují svou zkušenost s deinstitucionalizací a upozorňují na limity a nejasnosti o průběhu deinstitucionalizace. Třetí okruh se zaměřuje na roli sociálního pedagoga v procesu deinstitucionalizace psychiatrické péče. Participanti poukazují roli sociálního pedagoga zejména ve vztahu k terénní a individuální práci s klienty, zmiňují také, že je člen multidisciplinárního týmu. Dále zdůrazňují důležitost spolupráce sociálního pedagoga s dalšími organizacemi a institucemi. Participanti upozorňují rovněž na obtíže, se kterými se může sociální pedagog potýkat. Čtvrtý okruh popisuje získávání informací o procesu deinstitucionalizace psychiatrické péče. Participanti uvádějí, že informace získávají hlavně prostřednictvím internetu, také však zmiňují školení, konference a schůzky v psychiatrické nemocnici. Pátý okruh popisuje příležitosti ke zlepšení v procesu deinstitucionalizace psychiatrické péče. Participanti vidí příležitosti v dostatku odborníků, dostatku informací a osvětě veřejnosti. Dále poukazují na sjednocení postavení sociálních služeb se zdravotnickými a zvýšení financování platů pracovníků v sociálním sektoru.

5.1 Porozumění termínu deinstitucionalizace psychiatrické péče

Participanti uvádějí, že termín deinstitucionalizace psychiatrické péče chápou zejména ve vztahu k přesunu osob s duševním onemocněním z psychiatrických nemocnic zpět do jejich přirozeného prostředí. Dále poukazují na to, že snahou procesu deinstitucionalizace psychiatrické péče je zlepšení kvality života osob s duševním onemocněním.

Přirozené prostředí uživatele

Participantů se shodují na tom, že jeden z hlavních principů deinstitucionalizace je pečovat o uživatele v jejich přirozeném prostředí: *„Deinstitucionalizaci chápu tak, že uživatel má být více v přirozeném prostředí. Péče o uživatele má být směřována na jeho přirozené prostředí. (...) Snažíme se, aby se uživatelé vrátili do přirozeného prostředí a nebyli dlouhodobě hospitalizováni v psychiatrické nemocnici“ (A6).*

V deinstitucionalizaci podle mě jde o převedení klientů z institucí do přirozeného prostředí (A3).

„O deinstitucionalizaci psychiatrické péče si myslím, že je potřebná k tomu, aby lidé s duševním onemocněním mohli žít plnohodnotný život právě třeba tím, že si vyberou místo svého bydliště. Protože dlouhodobé pobyty v psychiatrických léčebnách brání naplňování práv člověka na sebeurčení, ale často také ztěžují opětovné začleňování osob s duševním onemocněním do společnosti“ (...)...o vybudování dostatečné sítě sociálních služeb v přirozeném prostředí pro osoby s duševním onemocněním“ (A2).

Participant A4 polemizuje: *„Jsou pacienti i klienti, kterým to pomůže a u některých to bohužel není možné. Nelze zde praktikovat zapojení všech, a to převážně u těch, které nelze přesně s ohledem na vývoj diagnostikovat. Dnes je dnes, zítra jejich nemoc může postoupit a může se stát, že budou nebezpeční sobě i okolí. Kdo pak převezme zodpovědnost za toto rozhodnutí? Kdo určí, kdo je a kdo není schopen někde žít či nežít, zapojit se, nezapojit se. Prosazuje se za každou cenu domácí prostředí, ale nemusí to být vždy dobře“ (A4).*

Lepší kvalita života

Většina participantů uvádí, že podstatný aspekt v rámci procesu deinstitucionalizace psychiatrické péče je zlepšení kvality života osob s duševním onemocněním a jejich osamostatnění a začlenění do společnosti: *„Určitě jde o snahu zlepšit život klientů s psychiatrickou diagnózou a taky jde o to začlenit tyto lidi do společnosti, do přirozeného způsobu života“ (A4).*

„...vyvstala z potřeby přizpůsobit psychiatrickou péči 21. století a hlavně z důvodu zaměřit se na samotného člověka a díky zkostnatělosti systému psychiatrické péče“ (A5).

„Mmm...No myslím si, že jde o to, aby se uživatelé více osamostatnili a nezávisle dlouhodobě v psychiatrické nemocnici (...) Myslím si, že jde o posun kupředu, je to vývoj. Určitě to uživatelům pomůže se lépe začlenit do společnosti“ (A6).

„Jako podle mě šlo především o zlepšení kvality života lidí, kteří byli hodně dlouho umístění v psychiatrických nemocnicích“ (A3).

Participant A2 dodává, že na zlepšení kvality života osob s duševním onemocněním se podílí moderní a vhodná medikace v kombinaci s poskytovanou sociální službou: *„Zkušenosti s deinstitucionalizací psychiatrické péče jsou takové, že díky moderní a vhodné medikaci klientů v kombinaci s poskytovanou sociální službou lze dosáhnout účinné léčby bez potřeby dlouhodobé hospitalizace“ (A2).*

Přesun z instituce

Participant uvádějí, že deinstitucionalizace psychiatrické péče je součástí reformy psychiatrické péče. Jejím hlavním cílem je přemístit dlouhodobě hospitalizované pacienty v psychiatrických nemocnicích do menších komunitních sociálních služeb a zapojit je do společnosti: *„Deinstitucionalizace je změna systému poskytování psychiatrické péče, zlepšení kvality života pacientů. Přenesení zodpovědnosti z institucí na další služby, které zajistí přirozený způsob života. Začleňování psychiatrických pacientů do společnosti. Přesun z ústavního typu zařízení do komunitní formy. Odstranění bariér. Přesunutí vztahů a jednání z instituce na populaci“ (A4).*

„Mmm...No, v Psychiatrických nemocnicích se snižují počty lůžek s dlouhodobě hospitalizovanými pacienty. Jsou podporovány komunitní služby“ (A6).

„Termínu deinstitucionalizace psychiatrické péče rozumím jako naplnění záměru reorganizace psychiatrické péče, jejímž cílem je zvýšení dostupnosti a kvality této péče změnou organizace jejich poskytování a posílení úspěšnosti začleňování osob s duševním onemocněním do většinové společnosti“ (A2).

„Deinstitucionalizaci si představuju tak, že je to mimo lékařské instituty a větší roli zaujímají neziskové organizace. Je to péče o duševní zdraví mimo zdravotnické zařízení“ (A5).

„No deinstitucionalizace je, že se převádí klienti z velkých nemocničních zařízení do menších, třeba i soukromých subjektů. (...) Pravděpodobně z důsledku přetížení nemocnic a z nedostatku odborníků, kteří by se starali o pacienty ve velkých nemocnicích. Také si myslím, že je to v důsledku toho, že odborníci neviděli budoucnost ve velkých nemocnicích a z toho

důvodu si zakládali vlastní soukromé péče. (...) Myslím si, že obecně deinstitucionalizace psychiatrické péče není špatný nápad, protože menší subjekty nejsou podřízeny přísně jednotným pravidlům a mohou vnést do psychiatrické péče alternativní metody. Což nutně nemusí být pozitivní, záleží individuálně na každém poskytovateli“ (A1).

5.2 Průběh deinstitucionalizace psychiatrické péče

Participantů uvádějí, že stěžejní význam pro průběh deinstitucionalizace psychiatrické péče má vznik Center duševního zdraví, multidisciplinárních týmů a spolupráce mezi resortem sociálních služeb a zdravotnictvím. Dále ovšem dodávají, že deinstitucionalizace psychiatrické péče má i své limity a také poukazuje na některé nejasnosti o průběhu deinstitucionalizace.

Vznik Center duševního zdraví

Participantů se shodují na tom, že v rámci procesu deinstitucionalizace psychiatrické péče vznikla CDZ, multidisciplinární týmy a klade se větší důraz na individuální péči o pacienta: *„Vznikají Centra duševního zdraví, multidisciplinární týmy. Taky se klade větší důraz na terénní a individuální práci s uživateli. (...) Vznikají Nové CDZka a multidisciplinární týmy. Ta spolupráce je důležitá. Pracuje se s uživateli více individuálně“ (A6).*

„Založili jsme si vlastní CDZ. Vytváříme prostředí a spolupráci s jinými subjekty, které poskytují psychickou nebo psychiatrickou pomoc. Spolupracujeme s rozšířenou ambulancí doktora Polácha a nejvíce spolupracujeme s naším CDZ. (...) Vznikají služby jako CDZ, ambulance s rozšířenou působností, multidisciplinární týmy, ale zavádějí se i nové přístupy v psychiatrických léčebnách, kde se klade větší důraz na individuální péči o pacienta. (...) Vnímám nárůst Center duševního zdraví nebo multidisciplinárních týmů pod taktovkou neziskových organizací, ale také ordinací s rozšířenou působností“ (A5).

Participant A3 poznamenává: *„Vzniklo Centrum duševního zdraví, ale zůstalo osamoceno. Není provázáno se sociálními službami ani systémově. Není zde provázanost s tím, kdo je propuštěn a kdy. Je to prostě systém náhody, kdy se o někom, kdo dozví“ (A3).*

Participant A4 dodává: *„Vznikají Centra duševního zdraví a v nich multidisciplinární týmy, skládající se z psychologů, psychiatrů, sociálních pracovníků a jiných. (...) Myšlenka CDZ je dobrá, ale nemůžou ji využít všichni pacienti, jsou omezeni diagnózami“ (A4).*

Zkušenost s deinstitucionalizací

Participant A1 uvádí: *Hmm, nejsem si jistý, ale myslím si, že to probíhá tak, že z psychiatrických nemocnic se do sociálních služeb přemísťují pacienti, kteří jsou v těch nemocnicích dlouhodobě a kterým tyto služby mohou pomoci. Také se může jednat o lidi se specifickými problémy nebo drogově závislé“ (A1).*

Participant A2 poznamenává: *„Dnes vedle sebe fungují dva typy služeb. Jedny v duchu tradice velkých nemocnic s důrazem na zdravotní péči a druhý typ služeb, který je blíže přirozenému prostředí klienta, který spojuje zdravotní péči se sociálními službami“ (A2).*

Participant A5 dodává: *„No myslím si, že se konečně začalo zabývat tímto tématem. Dále si myslím, že naše země má co dohánět“ (A5).*

Limity deinstitucionalizace

Participantů zde zmiňují nekoordinovanost a absenci odborného vedení: *„Nám, jako sociálním pracovníkům nebyl představen žádný plán, jak bude proces probíhat, takže se nemůžu vyjádřit, protože tento proces se děje nekoordinovaně. Pociťujeme to sice při své práci, ale žádná metodika nebo doporučení o tom, jak postupovat, co řešit nám nebyla předložena. Mám pocit, že o této skutečnosti rozhodli lidé, kteří nejsou kompetentní. Rozhodlo se od stolu. A připadá mi to, jak když kočička a pejsek vařili dort. Něco tam hodíme a něco vznikne. Ovšem zda se to dá jíst a strávit, je již nepodstatné. A nejhorší je, že pak od následků budou všichni dávat ruce pryč“ (A4).*

„Já si myslím, že celá deinstitucionalizace postrádá odborné vedení, a přes nízkou kompetenci zainteresovaných, celý plán je neúčinný. Jako nemusí to tak být napořád, ale teď z toho mám takový pocit“ (A3).

Nejasnosti o průběhu deinstitucionalizace

Participantů zde hovoří o nejasnostech v rámci propouštění pacientů z psychiatrické nemocnice, absenci návazných služeb a obavách o neschopnosti začlenění všech propuštěných pacientů zpět do společnosti: *„Není mi to zcela jasné. Není mi jasné, kteří pacienti, proč a za jakých okolností se přemísťují do jiných typů sociálních služeb a zda jim to pomáhá. Jestli je to z důvodu pomoci nebo pouze z důvodu přetížení nemocničních kapacit. Nejsem si jist. Jestli jim tyto služby opravdu pomáhají anebo jestli si je mezi sebou jednotlivé instituce nepřehazují jako horký brambor“ (A1).*

„Snaha převést mé klienty z instituce do přirozeného prostředí, bez ohledu na to, že každá psychiatrická diagnóza má svůj vývoj, který je neovlivnitelný a jeho dynamika nepředvídatelná. (...) Myslím si, že myšlenka je dobrá a přínosná, pokud bude doprovázena jinými službami. Ale problém je, že nelze toto praktikovat plošně. Ne všichni klienti jsou schopni začlenění a s ohledem na jejich psychiatrickou diagnózu není jejich začlenění možné“ (A3).

„Snižování počtu pacientů v psychiatrických nemocnicích. Mnohdy i neuvážené propouštění pacientů z psychiatrických nemocnic, aniž by měli zajištěny odpovídající služby a navazující služby. Léčba je nyní časově omezena. (...) A také budou vysoké nároky na doprovázení, tedy na návazné služby, což povede k tomu, že jejich profesní příprava bude muset být na mimořádně vysoké úrovni a kvalitě. Ona kontrola lidí v běžném prostředí a progresu nemoci, těžko to někdo dokáže posoudit. Nyní s ním budu mluvit, zavře dveře, vše bude dobré a než dojdou dolů, vyskočí z okna. A kdo teď za to ponese odpovědnost? Kdo určí ten moment, kdy ten člověk je schopen a kdy není schopen. Od stolu se to nerozhodne. A musí to rozhodnout odborníci a jen odborníci, kteří si převezmou i zodpovědnost. (...) A také by se toto nemělo změnit v nějaký kolotoč, kde budeme zkoušet, co lidé zvládnou či ne, a to bez ohledu, zda jejich schopnosti tomu odpovídají. Pak to postrádá logiku a přirozenost, tlačit je do něčeho, co pro ně je svým způsobem nepřirozené s ohledem na jejich psychiatrickou diagnózu“ (A4).

Někteří participanti také polemizují o tom, že vlastně nevědí, jak teď deinstitucionalizace probíhá dále, že se reforma psychiatrické péče příliš nedaří, nefunguje a nenaplnuje cíle, jak by měla: „Nevím přesně, jak teď probíhá deinstitucionalizace a jsem rozladěn z toho, co se stalo v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži“ (A5).

„Bohužel realita je taková, že se reforma psychiatrické péče příliš nedaří“ (A2).

„Spíše negativní. V tento okamžik to nefunguje a nenaplnuje cíle tak, jak by měla. Neumíme zcela těmto lidem pomoci. Když za mnou přijde starší paní, která žije se synem s psychiatrickou diagnózou a ptá se, kam s ním v případě její nemoci či úmrtí? Pak nevím, co bych jí řekla. Kam s ním, kam jej dát. Lidé v tomto nemají podporu. A také není osvěta. Velmi důležité je i jak jej přijme okolí. Lidé jsou součástí adaptace a následného začlenění, ale chybí informovanost. A také prostředí může ovlivňovat psychiatrickou diagnózu. Může zhoršovat stav. Spouštěčů je mnoho. Mnohdy jsme bezradní při tom, jak poradit. Víme, že pacienti jsou nuceni žít takto, i když je tento způsob značně negativně ovlivňuje“ (A4).

5.3 Role sociálního pedagoga v procesu deinstitucionalizace psychiatrické péče

Participantů hovoří o tom, že role sociálního pedagoga v procesu deinstitucionalizace psychiatrické péče je v motivaci, aktivizaci, spolupráci a participaci na návratu osob s duševním onemocněním po propuštění z psychiatrické léčebny do jejich běžného života: „*Během své práce se dostávám do kontaktu s klienty, kteří byli dříve dlouhodobě hospitalizováni v psychiatrické nemocnici. Poté co byli propuštěni s nimi následně pracuji v jejich přirozeném prostředí. To znamená u nich doma, v jejich městě, okolí a tak... (...) Snažíme se přistupovat ke klientům individuálně a snažíme se uplatňovat nové metody a postupy, které reflektují jejich individuální požadavky. (...) Sociální pedagog je osobou, která motivuje a aktivizuje klienty a také se spolupodílí na návratu do jejich běžného života. Dopomáhá navázat komunikaci s úřady a dalšími institucemi“ (A1).*

„*Spolupracujeme s klienty“ (A3).*

„*Pracuji s klienty, kteří se vrací z psychiatrických nemocnic a pomáhám jim se začlenit do společnosti. Dále komunikuji s nemocnicí, ostatními službami a odborníky v rámci spolupráce na plnění individuálních potřeb klientů“ (A2).*

Participantů také zmiňují, že sociální pedagog je součástí multidisciplinárního týmu: „*Sociální pedagog je součástí multidisciplinárního týmu“ (A6).*

„*Sociální pedagog může být přínosný člen multidisciplinárního týmu nebo služby zabývající se uživateli s duševním onemocněním“ (A5).*

Všichni participantů také poukazují na roli spolupráce s ostatními subjekty zapojenými do procesu deinstitucionalizace psychiatrické péče: „*No...poskytujeme zázemí, sociální i psychologickou pomoc lidem, kteří ji potřebují. Spolupracujeme s většími subjekty a ptáme se jich na nové trendy v oblasti péče o osoby s duševním onemocněním“ (A1).*

„*...v rámci doprovázení klientů s psychiatrickou diagnózou, kde součástí naší práce je jednak komunikace s nimi a zajištění komunikace s okolím a navázáním ostatních služeb, které je podporují. Můžu uvést Centrum duševního zdraví. A velmi je důležitá spolupráce s PNKM“ (A4).*

„*...pozoruji zkracování délky pobytů v psychiatrických nemocnicích a lepší spolupráci a koordinaci mezi nemocnicí a ambulantně poskytovanou podporou klientů ať už v Centrech*

duševního zdraví či denních centrech poskytující psychickou podporu po propuštění z léčení“ (A2).

„Založili jsme si vlastní CDZ, se kterým spolupracujeme. Spolupracujeme s ambulancí s rozšířenou působností plus pořádáme osvětové akce jako Dny duševního zdraví“ (A5).

„Spolupracujeme s CDZ a psychiatrickou nemocnicí v Kroměříži. (...) Pracuji v centru, které spolupracuje s CDZ. (...) Zkušenosti mám díky spolupráci s CDZ“ (A6).

Participant A2 dodává: *„Roli sociálního pedagoga v procesu deinstitucionalizace psychiatrické péče vnímám zejména skrz preventivní činnost na školách vzdělávacími programy, podporující duševní zdraví a pohodu, psychosociální intervence, techniky všímavosti, sociálně-emoční učení a třeba také jógu. Protože včasné rozpoznání příznaků psychického onemocnění a včasné zahájení léčby je důležité pro zkrácení délky neléčené nemoci a pro celkový vývoj nemoci, napomáhá také předcházet riziku dlouhodobému pobytu v psychiatrické nemocnici“ (A2).*

Participant A4 poukazuje na to, že se role v procesu deinstitucionalizace může jevit jako nevděčná: *„velmi špatnou roli. Protože jsme ti, kteří musí tento koncept, který vznikl od stolu a není realizovatelný v praxi, uskutečňovat. Vidíme, že jeho realizace tak, jak je nám to předkládáno, je velmi nereálná. Ač je sociální pracovník občas brán jako kouzelník, je nereálné, aby vstupoval do tohoto procesu. (...) Vlastně ani netušíme jaká je naše role v tom všem. To zjišťujeme postupně, co se od nás očekává“ (A4).*

„Je to role určitě nevděčná. (...)...Špatnou. S osobami s psychiatrickou nemocí je to, jak na horské dráze. To, že je navázete na služby neznamena, že s nimi spolupracovat budou. Těžko je donutíte. Navíc progres nemoci je většinou nejistý. Důležité je, ať jsou zaléčeni, ale zda si léky vezmou či ne, je opět na nich. Často je pro ně důležité se na někoho navázat a důvěřovat, jindy zase chtějí být osamoceni a nekomunikují. Jsou to občas protipóly. Nemohu s nimi být 24 hodin denně a dozorovat je“ (A3).

5.4 Informace o procesu deinstitucionalizace psychiatrické péče

Většina participantů se shodla, že informace o procesu deinstitucionalizace získávají prostřednictvím internetu. Někteří dále uvádějí schůzky v psychiatrické nemocnici, média,

knihy, různé druhy školení a konferencí: „*Informace čerpám z různých školení, konferencí a od odborníků, kteří se věnují téhle problematice. Taky však z internetových zdrojů*“ (A2).

„*Z internetu, z knih, které si půjčuji v knihovně a od kolegů, kteří mi doporučují články z různých odborných časopisů*“ (A1).

„*Informace čerpám zejména na schůzkách v psychiatrické nemocnici, z médií a internetu*“ (A3). Po chvíli však participant A3 dodává: „*Myslím si, že chybí dostatek informací*“ (A3). Participant A4 souhlasí s tím, že chybí dostatek informací a dále sděluje: „*Informace nám chybí. Spíše se dozvídáme informace, které k nám plynou z realizované praxe*“ (A4).

5.5 Příležitosti ke zlepšení v procesu deinstitucionalizace psychiatrické péče

Participantí uvedli, že vidí příležitosti na zlepšení procesu deinstitucionalizace v odborném vedení, dostatku informací, odborníků, dostatku a propojení služeb: „*Odborné vedení a dostatek informací a osvětu veřejnosti*“ (A3).

„*Dostatek odborníků...psychiatrů, psychologů, sociálních pracovníků. Dostatek služeb, pobytové služby, zvláštní režimy, bydlení, navazující služby. Terénní pracovníci, zdravotníci. Multidisciplinární spolupráce napříč spektrem. Propojení. Zvýšit počty odborníků, především psychiatrů, psychologů. Nyní mají kapacity lékaři naplněny. Je to velmi individuální. Každý klient potřebuje jiný přístup. (...) Dobrá myšlenka, však je nutná návaznost*“ (A4).

„*...větší počet terapeutických služeb, case managementu, vzdělávacích služeb. (...) Deinstitucionalizace psychiatrické péče by měla být sít preventivních, vzdělávacích a zdravotně-sociálních služeb, čímž by se předcházelo rozvoji psychického onemocnění ve společnosti. V případě rozvoje duševního onemocnění poskytovat služby nejdříve v místě bydliště a až následně v menších zařízeních sociální a zdravotní péče, poté až na oddělení nemocnic*“ (A2).

Příležitosti k zapojení sociálního pedagoga do procesu deinstitucionalizace psychiatrické péče

Participantí vidí také příležitosti k zapojení sociálního pedagoga v dostatečném navázání služeb během a po propuštění pacientů z hospitalizace do přirozeného prostředí: „*také*

jsou vhodné intervence během a po propuštění z hospitalizace, protože mají vliv na snižování počtu opakovaných hospitalizací a kratší délku hospitalizace“ (A2).

„Měli být již v té nemocnici, navázat služby již tam a pomoci s adaptací klientů pro příchod do přirozeného prostředí“ (A4).

Potřeby sociálního pedagoga v procesu deinstitucionalizace psychiatrické péče

Participantů zahrnují mezi potřeby sociálního pedagoga v procesu deinstitucionalizace zejména sjednocení postavení sociálních služeb se zdravotnickými a zvýšit financování platů pracovníků v sociálním sektoru, s tím související i větší rozpočet na vzdělávání, prostředky na spolupráci a obecně dobré podmínky pro výkon zaměstnání: *„Myslím si, že je k tomu ale nutné snížit počet lůžek následné psychiatrické péče, která je v porovnání s komunitními službami výrazně dražší. V principu by to tak znamenalo minimálně sjednotit postavení sociálních služeb se zdravotnickými a zvýšit financování platů pracovníků v sociálních službách“ (A2).*

„Čas, prostředky na spolupráci a také dobré podmínky“ (A6).

„Větší rozpočet na vzdělávání“ (A5).

„Velkým motivem by pro mě bylo lepší finanční ohodnocení. Celkově si myslím, že v sociální sféře peníze nejsou hlavním motivačním faktorem. Nicméně mi vadí, že při srovnání s jinými profesemi nemá až tak velké finanční ohodnocení. Taky si myslím, že velký počet klientů na jednoho pracovníka nepřispívá ke kvalitě poskytovaných služeb“ (A1).

6 Diskuze výsledků výzkumu

Výzkum v praktické části diplomové práce se zabýval tématem proces deinstitutionalizace psychiatrické péče z pohledu sociálního pedagoga a hlavní výzkumnou otázkou: „*Jak rozumí sociální pedagog procesu deinstitutionalizace psychiatrické péče*“. Záměrem bylo sledování variability a interpretace zjištěných poznatků o tom, jak sociální pedagogové svou zkušenost s deinstitutionalizací psychiatrické péče prožívají, jak se s ní vyrovnávají a jak situaci zvládají. Také byly stanoveny čtyři dílčí výzkumné otázky, které napomohly odpovědět na hlavní výzkumnou otázku. V rámci diskuze byly výsledky výzkumu interpretovány a porovnány s teoretickými poznatky. První otázka zní: **Jaký názor má sociální pedagog na proces deinstitutionalizace psychiatrické péče?**

Participantů uvádějí, že proces deinstitutionalizace psychiatrické péče chápou, jako přesun dlouhodobě hospitalizovaných osob s duševním onemocněním v psychiatrických nemocnicích zpět do jejich přirozeného prostředí, jejich opětovné začlenění zpět do společnosti a poskytování péče formou komunitních služeb. Dále zdůrazňují, že proces deinstitutionalizace psychiatrické péče má za cíl zlepšení kvality života osob s duševním onemocněním. „*Termínu deinstitutionalizace psychiatrické péče rozumím jako naplnění záměru reorganizace psychiatrické péče, jejímž cílem je zvýšení dostupnosti a kvality této péče změnou organizace jejich poskytování a posílení úspěšnosti začleňování osob s duševním onemocněním do většinové společnosti*“ (A2). Winker a kol. (2016, s. 180) definovali deinstitutionalizaci psychiatrické péče jako „*proces přesouvání těžiště péče z psychiatrických léčeben na komunitu*“. Deinstitutionalizace je nezbytným procesem v každé moderní reformě psychiatrické péče. Myšlenka deinstitutionalizace je založená na postupném odklonu od institucionálního modelu péče (Wright, Gronfein, Owens, 2000; Hudson, 2019; Dvořáková a Kondrátová, 2020; Vrabková, Vaňková, Moškořová, 2023). Dvořáková a Kondrátová (2020) zmiňují, že se upřednostňují služby komunitního typu pro osoby chronickým duševním onemocněním oproti dlouhodobým pobytům v psychiatrických nemocnicích. Můžeme konstatovat, že se teoretické poznatky a výsledky výzkumu shodují. Druhá otázka zní: **Jak podle sociálního pedagoga probíhá deinstitutionalizace psychiatrické péče?**

Participantů popisují v rámci průběhu deinstitutionalizace psychiatrické péče vznik Center duševního zdraví, multidisciplinárních týmů a spolupráci mezi resortem sociálních služeb a zdravotnictvím. „*Vznikají nová CDZka a multidisciplinární týmy. Ta spolupráce je důležitá. Pracuje se s uživateli více individuálně*“ (A6). „*Vnímám nárůst Center duševního zdraví nebo multidisciplinárních týmů pod taktovkou neziskových organizací, ale také ordinací*

s rozšířenou působností“ (A5). „Dnes vedle sebe fungují dva typy služeb. Jedny v duchu tradice velkých nemocnic s důrazem na zdravotní péči a druhý typ služeb, který je blíže přirozenému prostředí klienta, který spojuje zdravotní péči se sociálními službami“ (A2). Anders (2020) uvádí, že základem jsou CDZ a princip multidisciplinární spolupráce. To označuje začlenění multidisciplinárních týmů do péče o pacienty a skloubení sociální se zdravotní péčí. Principem je, aby se lidé naučili týmově pracovat. Moravec (2020, s. 398) definoval CDZ jako „místo, kde působí tým odborníků, který zahrnuje jak zdravotní, tak sociální oblast a obě tyto části jsou si rovny“. Bylo zjištěno, že teoretické poznatky a výsledky výzkumu se shodují, nicméně účastníci také upozorňují na limity a některé nejasnosti v průběhu deinstitucionalizace psychiatrické péče. „Myšlenka CDZ je dobrá, ale nemůžou ji využít všichni pacienti, jsou omezeni diagnózami“ (A4). „Myslím si, že myšlenka je dobrá a přínosná, pokud bude doprovázena jinými službami. Ale problém je, že nelze toto praktikovat plošně. Ne všichni klienti jsou schopni začlenění a s ohledem na jejich psychiatrickou diagnózu není jejich začlenění možné“ (A3). Třetí otázka zní: **Jakým způsobem je sociální pedagog součástí procesu deinstitucionalizace psychiatrické péče?**

Účastníci uvádějí, že se sociální pedagog v rámci deinstitucionalizace psychiatrické péče spolupodílí na návratu osob s duševním onemocněním zpět do společnosti. Dále zmiňují, že sociální pedagog je součástí multidisciplinárního týmu. „Sociální pedagog je osobou, která motivuje a aktivizuje klienty a také se spolupodílí na návratu do jejich běžného života. Dopomáhá navázat komunikaci s úřady a dalšími institucemi“ (A1). „Spolupracujeme s klienty“ (A3). „Sociální pedagog je součástí multidisciplinárního týmu“ (A6). „...v rámci doprovázení klientů s psychiatrickou diagnózou, kde součástí naší práce je jednak komunikace s nimi a zajištění komunikace s okolím a navázáním ostatních služeb, které je podporují“ (A4). Moss a Petrie (2019) uvádějí, že sociální pedagogové pracují s různými skupinami např. dětmi a mládeží, rodinami a také se věnují komunitní práci s dospělými. Rothuizen a Harbo (2017) uvádějí, že sociální pedagogové pracují v ulicích, komunitní psychiatrii, s lidmi s poruchou učení, se závislými a lidmi bez domova. Pedagog vidí druhého člověka nikoli jako nositele symptomů, ale jako účastníka, který má právo na každodenní život ve společnosti. Tyto informace nám vyjadřují, že teoretické poznání a výsledky výzkumu se shodují. Čtvrtá otázka zní: **Jakým způsobem získává sociální pedagog informace z oblasti deinstitucionalizace psychiatrické péče?**

Účastníci uvedli, že informace o procesu deinstitucionalizace psychiatrické péče získávají prostřednictvím internetu. Dále uvedli schůzky v psychiatrické nemocnici, média,

knihy, školení a konference. „*Informace čerpám z různých školení, konferencí a od odborníků, kteří se věnují téhle problematice. Taky však z internetových zdrojů*“ (A2). „*Z internetu, z knih, které si půjčuji v knihovně a od kolegů, kteří mi doporučují články z různých odborných časopisů*“ (A1). „*Informace čerpám zejména na schůzkách v psychiatrické nemocnici, z médií a internetu*“ (A3). Anders (2020) uvádí, že psychiatrické nemocnice měly za úkol vypracovat plány k transformaci psychiatrické péče. Ukázalo se jako nezbytné do prvních projektů CDZ zapojit i nemocnice. Ministerstvo zdravotnictví České republiky (2013) vydalo Strategii reformy psychiatrické péče. Na základě těchto a dalších dokumentů byla následně realizovaná reforma psychiatrické péče. Tyto a další dokumenty jsou k dispozici nejen na webových stránkách reformy psychiatrické péče.

V rámci odpovědi na hlavní výzkumnou otázku: „*Jak rozumí sociální pedagog procesu deinstitucionalizace psychiatrické péče*“, můžeme konstatovat, že sociální pedagog rozumí procesu deinstitucionalizace psychiatrické péče jako zkvalitnění života osob s duševním onemocněním. Jde o přesunutí dlouhodobě hospitalizovaných osob s chronickým duševním onemocněním zpět do jejich přirozeného prostředí, péče o tyto osoby byla přenesena na komunitní služby. Také vznikla CDZ a multidisciplinární týmy, které napomáhají k návratu a zkvalitnění života těchto lidí. Sociální pedagog je osobou, která se na tomto procesu spolupodílí.

Jako limit předkládaného výzkumu spatřujeme samotné téma výzkumu. Téma je to nové a pro participanty bylo těžce uchopitelné. Dále řadíme mezi limity předkládaného výzkumu počet participantů. Původním záměrem, v rámci zvýšení validity, bylo získání celkem deseti rozhovorů s participanty, což se v takové míře nepovedlo. Pro příští realizaci výzkumu doporučujeme, v rámci oslovování participantů, blíže specifikovat cíl výzkumu a výzkumnou otázku.

Závěr

Předkládaná magisterská diplomová práce se věnovala tématu procesu deinstitucionalizace psychiatrické péče z pohledu sociálního pedagoga. Práce byla rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se zabývala reformou systému psychiatrické péče. Byla zde definována deinstitucionalizace psychiatrické péče, dále pak byly popsány její počátky a její průběh i současný stav systému psychiatrické péče. Důraz byl kladen také na vysvětlení vzniku a účelu Center duševního zdraví.

Následně práce popisuje vývoj komunitní péče o osoby s duševním onemocněním. Největší vývoj začal od poloviny 50. let 20. století, kdy došlo k mezinárodnímu konsenzu o potřebě důkladné změny psychiatrické péče a nové politické strategii pro duševní zdraví (Novella, 2008; Scull, 2019). Hlavním cílem reformy bylo překonat starý institucionální systém péče a zavést nové komunitně orientované terapeutické přístupy. Vžil se proto termín deinstitucionalizace, který odkazoval na ústřední aspekt reformy (Fakhoury a Priebe, 2002; Novella, 2008; Scull, 2019). Dále jsou popsány systémy komunitních služeb o osoby s duševním onemocněním. Zejména systém komunitní podpory, kdy šlo o síť služeb a podpor, kterou bylo potřebné rozvinout, aby lidem s duševní nemocí mohly být uspokojeny jejich potřeby a mohl být rozvinut jejich potenciál, aniž by docházelo k jejich izolaci a vyloučení ze společnosti (Turner a TenHoor, 1978; Anthony, 1993; Probstová a Pěč, 2014). Poté byla popsána síť podpory. Tento systém usiloval o minimalizaci potřeby profesionální intervence tím, že byla pacientům poskytována podpora tak, aby mohli samostatně řešit své životní problémy a využít k tomu odpovídajících služeb (Probstová a Pěč, 2014). Následně byly charakterizovány formy komunitních služeb pro osoby s duševním onemocněním. Vymezené byly také dopady duševního onemocnění, především stigmatizace a sebestigmatizace. Dále byl objasněn proces zotavení. Poté byl vysvětlen multidisciplinární a celostní přístup, které spolu úzce souvisí.

V poslední kapitole teoretické části byl definován pojem a předmět sociální pedagogiky. Poté byla přiblížena profese sociálního pedagoga a jeho osobnostní a profesní kompetence i důsledky výkonu profese. V závěru byl popsán vztah sociální pedagogiky a sociální práce a poté byl nastíněn vztah sociálního pedagoga a komunitní péče o osoby s duševním onemocněním v severní Evropě.

Praktická část této diplomové práce se zabývala hlavní výzkumnou otázkou: „*Jak rozumí sociální pedagog procesu deinstitucionalizace psychiatrické péče*“. Záměrem výzkumu bylo sledování variability a interpretace zjištěných poznatků o tom, jak sociální pedagogové svou zkušenost s deinstitucionalizací psychiatrické péče prožívají, jak se s ní vyrovnávají a jak situaci zvládají. Výzkum byl zaměřen na sociální pedagogy, kteří pracují s osobami s duševním onemocněním a jsou zapojeni do procesu deinstitucionalizace psychiatrické péče. Za tímto účelem byl realizován kvalitativní výzkum za užití techniky polostrukturovaného rozhovoru, kterého se zúčastnilo šest sociálních pedagogů působících v okrese Uherské Hradiště. Zpracování a analýza dat probíhaly prostřednictvím analýzy IPA, metodou otevřeného kódování. Z analýzy dat vyplynulo, že sociální pedagog rozumí procesu deinstitucionalizace psychiatrické péče jako zkvalitnění života osob s duševním onemocněním. Dále spatřují přínos přesunu dlouhodobě hospitalizovaných osob z psychiatrických nemocnic do jejich přirozeného prostředí. Péče o tyto osoby byla povolna přenesena na komunitní služby, které v rámci deinstitucionalizace vznikly, jako CDZ, multidisciplinární týmy a ambulance s rozšířenou působností. Sociální pedagog je osobou, která se na tomto procesu spolupodílí. Tuto svou roli zvládají dobře, nicméně při výkonu svého povolání spatřují určité limity a příležitosti deinstitucionalizace psychiatrické péče.

Budoucí zaměření výzkumu v oblasti deinstitucionalizace psychiatrické péče ve spolupráci se sociální pedagogikou vidíme v rámci evaluace v opětovné realizaci výzkumu za delší časový úsek, navrhujeme deset let. Také považujeme za nutné v rámci budoucího výzkumu doplnit strukturu rozhovoru o budoucí aktuální témata týkající se této oblasti s cílem zvýšit reliabilitu polostrukturovaného rozhovoru.

Přínos námi předkládaného výzkumu spatřujeme obzvláště v naznačení směru cesty, kudy se může sociální pedagogika také ubírat a kde mohou sociální pedagogové nacházet v budoucnu své uplatnění. Dílčí přínos spatřujeme v poukázání na meziresortní komunikaci. Sociální pedagogika je progresivně rozvíjející se obor, který reaguje na aktuální témata a dění rezonující společností. Jedno z hlavních témat, které se v poslední době skloňuje napříč resorty je téma duševního zdraví. Věříme, že i skrze toto téma se bude meziresortní komunikace dále rozvíjet.

Seznam použité literatury a zdrojů

1. ANDERS, Martin, 2017. *Malý průvodce reformou psychiatrické péče* [online]. Praha: Psychiatrická společnost ČLS JEP [cit. 2023-05-26]. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/Mal%C3%BD%20pr%C5%AFvodce%20reformou%20psychiatrick%C3%A9%20p%C3%A9%C4%8De.pdf>
2. ANDERS, Martin, 2020. *Stát přichází kvůli duševnímu onemocnění o miliardy*. In: PASZ, Jiří a Adéla PLECHATÁ. *Normální šílenství: rozhovory o duševním zdraví, léčbě a přístupu k lidem s psychickým onemocněním*. Brno: Host, s. 385-397. ISBN 978-80-275-0389-6.
3. ANDERS, Martin, Ladislav DUŠEK, Ivan DUŠKOV, et al., 2020. *Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR [cit. 2023-05-26]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/01/N%C3%A1rodn%C3%AD-ak%C4%8Dn%C3%AD-pl%C3%A1n-pro-du%C5%A1evn%C3%AD-zdrav%C3%AD-2020-2030.pdf>
4. ANTHONY, William A., 1993. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal* [online]. **16**(4), 11-23 [cit. 2023-11-07]. ISSN 0147-5622. Dostupné z: doi:10.1037/h0095655
5. ANTHONY, William A., 1993. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal* [online]. **16**(4), 11-23 [cit. 2023-11-17]. ISSN 0147-5622. Dostupné z: doi:10.1037/h0095655
6. BAKOŠOVÁ, Zlatica, 2011. *Sociálna pedagogika ako životná pomoc*. Bratislava: Univerzita Komenského Bratislava. ISBN 978-80-969944-0-3.
7. BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie, 2020. *Předsudky o duševně nemocných mají i zdravotníci. Jejich chování k pacientům je někdy necitlivé*. In: PASZ, Jiří a Adéla PLECHATÁ. *Normální šílenství: rozhovory o duševním zdraví, léčbě a přístupu k lidem s psychickým onemocněním*. Brno: Host, s. 430-437. ISBN 978-80-275-0389-6.
8. BRIMBLECOMBE, Neil, Alison TINGLE, Robert TUNMORE a Trevor MURRELLS, 2007. *Implementing holistic practices in mental health nursing: A national consultation*. *International Journal of Nursing Studies* [online]. **44**(3), 339-348 [cit. 2023-11-07]. ISSN 00207489. Dostupné z: doi:10.1016/j.ijnurstu.2006.07.021

9. BURKE, Andrew R., Cheryl M. MCCORMICK, Sergio M. PELLIS a Jodi L. LUKKES, 2017. *Impact of adolescent social experiences on behavior and neural circuits implicated in mental illnesses. Neuroscience & Biobehavioral Reviews* [online]. **76**(Part B), 280-300 [cit. 2023-11-07]. ISSN 01497634. Dostupné z: doi:10.1016/j.neubiorev.2017.01.018
10. CARPENTER, Jenneth, 2002. *Mental Health Recovery Paradigm: Implications for Social Work. Health & Social Work* [online]. 2002-05-01, **27**(2), 86-94 [cit. 2023-11-07]. ISSN 0360-7283. Dostupné z: doi:10.1093/hsw/27.2.86
11. CARTER, Jolynne “Jo, Sandra ZAWALSKI, Patrice V. SMINKEY a Bruce CHRISTOPHERSON, 2015. *Assessing the Whole Person. Professional Case Management* [online]. **20**(3), 140-146 [cit. 2023-11-07]. ISSN 1932-8087. Dostupné z: doi:10.1097/NCM.0000000000000087
12. COLIZZI, Marco, Antonio LASALVIA a Mirella RUGGERI, 2020. *Prevention and early intervention in youth mental health: is it time for a multidisciplinary and trans-diagnostic model for care? International Journal of Mental Health Systems* [online]. **14**(1) [cit. 2023-11-07]. ISSN 1752-4458. Dostupné z: doi:10.1186/s13033-020-00356-9
13. CORRIGAN, Patrick W. a Petra KLEINLEIN, 2005. *The Impact of Mental Illness Stigma. On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change* [online]. 11-44 [cit. 2023-11-07]. ISBN 1-59147-189-3. Dostupné z: doi:10.1037/10887-001
14. CORRIGAN, Patrick W., Benjamin G. DRUSS a Deborah A. PERLICK, 2014. *The Impact of Mental Illness Stigma on Seeking and Participating in Mental Health Care. Psychological Science in the Public Interest* [online]. **15**(2), 37-70 [cit. 2023-11-07]. ISSN 1529-1006. Dostupné z: doi:10.1177/1529100614531398
15. DORAN, Christopher M. a Kinchin IRINA, 2017. *A review of the economic impact of mental illness. Australian Health Review* [online]. **43**(1), 43-48 [cit. 2023-11-07]. Dostupné z: doi:https://doi.org/10.1071/AH16115
16. DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4826-9.*

17. DVOŘÁKOVÁ, Monika a Lucie KONDRÁTOVÁ, 2020. Deinstitucionalizace psychiatrické péče: příležitosti, rizika a předpoklady její úspěšné implementace. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. **116**(1), 30-37 [cit. 2023-05-27]. Dostupné z: http://www.cspychiatr.cz/dwnld/CSP_2020_1_30_37.pdf
18. ERIKSSON, Lisbeth, 2013. *The understandings of social pedagogy from northern European perspectives. Journal of Social Work* [online]. **14**(2), 165-182 [cit. 2023-11-08]. ISSN 1468-0173. Dostupné z: doi:10.1177/1468017313477325
19. EU, 2005. *Green Paper: Improving the Mental Health of the Population: Towards a Strategy on Mental Health for the European Union.* [online]. Brussels: Health and Consumer Protection Directorate-General, European Commission [cit. 2023-05-26]. Dostupné z: https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf
20. FAKHOURY, Walid a Stefan PRIEBE, 2002. The process of deinstitutionalization: an international overview. *Current Opinion in Psychiatry* [online]. **15**(2), 187-192 [cit. 2023-11-17]. ISSN 0951-7367. Dostupné z: doi:10.1097/00001504-200203000-00011
21. FAKHOURY, Walid a Stefan PRIEBE, 2007. *Deinstitutionalization and reinstitutionalization: major changes in the provision of mental healthcare. Psychiatry* [online]. **6**(8), 313-316 [cit. 2023-05-28]. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.1016/j.mppsy.2007.05.008>
22. FOITOVÁ, Zuzana, 2009. *Komunitní péče aneb aby duše neztratila duši.* In PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy. Psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče.* Praha: Triton, s. 208-245. ISBN 978-80-7387-253-3.
23. FOJTÍČEK, Martin, 2020. *Naděje se nechová statisticky.* In: PASZ, Jiří a Adéla PLECHATÁ. *Normální šílenství: rozhovory o duševním zdraví, léčbě a přístupu k lidem s psychickým onemocněním.* Brno: Host, s. 415-421. ISBN 978-80-275-0389-6.
24. GJURIČOVÁ, Šárka a Jiří KUBIČKA, 2009. *Rodinná terapie: systemické a narativní přístupy.* 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2390-7.
25. GULOVÁ, Lenka, 2011. *Sociální práce: pro pedagogické obory.* Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3379-1.

26. GUNNARSSON, A. Birgitta a Mona EKLUND, 2016. *Young people with psychiatric disabilities and their views of day centres. Scandinavian Journal of Occupational Therapy* [online]. 2016-05-04, **24**(3), 167-177 [cit. 2023-11-06]. ISSN 1103-8128. Dostupné z: doi:10.1080/11038128.2016.1178327
27. HAJDA, Miroslav, Dana KAMARÁDOVÁ, Klára LÁTALOVÁ, et al., 2015. *Sebestigmatizace, adherence k léčbě a vysazování medikace u pacientů s bipolární poruchou v remisi – průřezová studie. Psychiatrie pro praxi* [online]. **16**(2), 23-32 [cit. 2023-05-25]. Dostupné z: https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-201589-0004_Sebestigmatizace_adherence_k_lecbe_a_vysazovani_medikace_u_pacientu_s_bipolarni_poruchou_v_remisi_8211_prur.php
28. HÄMÄLÄINEN, Juha, 2003. The Concept of Social Pedagogy in the Field of Social Work. *Journal of Social Work* [online]. **3**(1), 69-80 [cit. 2023-11-08]. ISSN 1468-0173. Dostupné z: doi:10.1177/1468017303003001005
29. HÄMÄLÄINEN, Juha, 2015. *Defining Social Pedagogy: Historical, Theoretical and Practical Considerations. British Journal of Social Work* [online]. 2015-04-28, **45**(3), 1022-1038 [cit. 2023-11-08]. ISSN 0045-3102. Dostupné z: doi:10.1093/bjsw/bct174
30. HAŠKOVEC, Jiří, 1993. *Předmět pedagogiky a pojetí sociální pedagogiky. Pedagogická orientace*. **3**(7), 87-94.
31. HAŠKOVEC, Jiří, 1993. *Předmět pedagogiky a pojetí sociální pedagogiky. Pedagogická orientace*. **1**(7), 87-94. ISSN 1211-4669.
32. HEJZLAR, Petr, 2009. Sociální rehabilitace duševně nemocných v současných podmínkách. *Psychiatrie pro praxi* [online]. **10**(5), 226-230 [cit. 2023-11-06]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2009/05/07.pdf>
33. HELUS, Zdeněk, 2007. *Sociální psychologie pro pedagogy*. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1168-3.
34. HENDL, Jan, 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. Praha: Portál. ISBN 80-736-7040-2.
35. HONZÁK, Radkin a Renata ČERVENKOVÁ, 2014. *Všichni žijem' v blázinci: současnost očima psychiatra*. Praha: Vyšehrad. ISBN 978-80-7429-478-5.
36. HUDSON, Christopher G., 2019. Deinstitutionalization of mental hospitals and rates of psychiatric disability: An international study. *Health Place* [online]. **56**(1), 70-79 [cit. 2023-11-18]. ISSN 13538292. Dostupné z: doi:10.1016/j.healthplace.2019.01.006

37. JACOB, Sini, Ian MUNRO, Beverley Joan TAYLOR a Debra GRIFFITHS, 2017. *Mental health recovery: A review of the peer-reviewed published literature. Collegian* [online]. **24**(1), 53-61 [cit. 2023-11-07]. ISSN 13227696. Dostupné z: doi:10.1016/j.colegn.2015.08.001
38. JANOUŠKOVÁ, Miroslava, 2020. *Mezi nejčastější mýty o duševní nemoci patří agresivita, lenost, nedostatek vůle a malá inteligence*. In: PASZ, Jiří a Adéla PLECHATÁ. *Normální šílenství: rozhovory o duševním zdraví, léčbě a přístupu k lidem s psychickým onemocněním*. Brno: Host, s. 422-429. ISBN 978-80-275-0389-6.
39. KNAPP, Martin, David MCDAID, Elias MOSSIALOS a Graham THORNICROFT, 2007. *Mental health policy and practice across Europe: an overview*. In: KNAPP, Martin, David MCDAID, Elias MOSSIALOS a Graham THORNICROFT. *Mental health policy and practice across Europe: The future direction of mental health care* [online]. 1. Maidenhead: Open University Press, s. 1-14 [cit. 2023-05-26]. ISBN 10-0-335-21467-3. Dostupné z: <https://eurohealthobservatory.who.int/docs/librariesprovider3/studies---external/mental-health-policy.pdf>
40. KNOTOVÁ, Dana, Bohumíra LAZAROVÁ, Kateřina LOYDOVÁ a Kateřina PEVNÁ, 2014. *Úvod do sociální pedagogiky: Studijní texty pro studenty oboru sociální pedagogika* [online]. 1. Brno: Masarykova univerzita [cit. 2023-05-27]. ISBN 978-80-210-7078-3. Dostupné z: <https://digilib.phil.muni.cz/flysystem/fedora/monography/131846-monography.pdf>
41. KOUTNÁ KOSTÍNKOVÁ, Jana a Ivo ČERMÁK, 2013. *Interpretativní fenomenologická analýza*. In ŘIHÁČEK, Tomáš, Ivo ČERMÁK a Roman HYTYCH, 2013. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita, s. 9-43. ISBN 978-80-210-6382-2.
42. KRAUS, Blahoslav a Věra POLÁČKOVÁ, 2001. *Člověk - prostředí - výchova: k otázkám sociální pedagogiky*. Brno: Paido. ISBN 80-731-5004-2.
43. KRAUS, Blahoslav, 2008. *Základy sociální pedagogiky*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-383-3.
44. KRBCOVÁ MAŠINOVÁ, Lenka, Johan PFEIFFER, Simona PAPEŽOVÁ, Michaela URBÁNKOVÁ, Zuzana FIŠAROVÁ a Helena HERBSTOVÁ, 2020. *Malý průvodce reformou psychiatrické péče* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR [cit. 2023-05-26]. Dostupné z: https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/metodika_MT_fin%20schv%C3%A1lena%20VV.pdf

45. KUBALOVÁ, Jana, Dita MLYNÁŘOVÁ, Marek SLABÝ, Eva SMRŽOVÁ a Anatolij TRUHLÁŘ, 2021. *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR [cit. 2023-05-26]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2021/06/Vestnik-MZ_8-2021.pdf
46. LEAMY, Mary, Victoria BIRD, Clair Le BOUTILLIER, Julie WILLIAMS a Mike SLADE, 2011. *Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. British Journal of Psychiatry* [online]. **199**(6), 445-452 [cit. 2023-11-07]. ISSN 0007-1250. Dostupné z: doi:10.1192/bjp.bp.110.083733
47. LORENC, Jan, 2009. *Krizová intervence*. In PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy. Psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, s. 153-158. ISBN 978-80-7387-253-3.
48. MA, Zexin, 2017. *How the media cover mental illnesses: a review. Health Education* [online]. 2017-01-03, **117**(1), 90-109 [cit. 2023-11-07]. ISSN 0965-4283. Dostupné z: doi:10.1108/HE-01-2016-0004
49. MACIAS, Cathaleene, Ronald KINNEY, O. William FARLEY, Robert JACKSON a Betty VOS, 1994. The role of case management within a community support system: Partnership with psychosocial rehabilitation. *Community Mental Health Journal* [online]. **30**(4), 323-339 [cit. 2023-11-17]. ISSN 0010-3853. Dostupné z: doi:10.1007/BF02207486
50. MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ, 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5.
51. MEDEIROS, Helena, David MCDAID, Martin KNAPP a The MHEEN Group, 2008. *Shifting care from hospital to the community in Europe: Economic challenges and opportunities* [online]. London: London School of Economics [cit. 2023-05-26]. ISBN 978-0-85328-234-1. Dostupné z: [https://eprints.lse.ac.uk/4275/1/MHEEN_policy_briefs_4_Balanceofcare\(LSERO\).pdf](https://eprints.lse.ac.uk/4275/1/MHEEN_policy_briefs_4_Balanceofcare(LSERO).pdf)
52. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ, České republiky, 2013. *Strategie reformy psychiatrické péče* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR [cit. 2023-05-26]. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/Strategie%20reformy%20psychiatrick%C3%A9%20p%C3%A9%C4%8De.pdf>

53. MORAVEC, Petr, 2020. *Centra duševního zdraví budou reagovat na individuální potřeby klienta*. In: PASZ, Jiří a Adéla PLECHATÁ. *Normální šílenství: rozhovory o duševním zdraví, léčbě a přístupu k lidem s psychickým onemocněním*. Brno: Host, s. 398-404. ISBN 978-80-275-0389-6.
54. MOSS, Peter a Pat PETRIE, 2019. *Education and social pedagogy: What relationship? London Review of Education* [online]. **17**(3), 393-405 [cit. 2023-11-08]. ISSN 1474-8460. Dostupné z: doi:10.18546/LRE.17.3.13
55. MOXHAM, Lorna, Christopher PATTERSON, Ellie TAYLOR, Dana PERLMAN, Susan SUMSKIS a Renee BRIGHTON, 2016. *A multidisciplinary learning experience contributing to mental health rehabilitation. Disability and Rehabilitation* [online]. **39**(1), 98-103 [cit. 2023-11-07]. ISSN 0963-8288. Dostupné z: doi:10.3109/09638288.2016.1146358
56. NOVELLA, Enric J., 2008. *Theoretical accounts on deinstitutionalization and the reform of mental health services: a critical review. Medicine, Health Care and Philosophy* [online]. **11**(3), 303-314 [cit. 2023-05-28]. Dostupné z: doi:https://doi.org/10.1007/s11019-008-9123-5
57. NOVELLA, Enric J., 2010. *Mental Health Care in the Aftermath of Deinstitutionalization: A Retrospective and Prospective View. Health Care Analysis* [online]. **18**(3), 222-238 [cit. 2023-11-17]. ISSN 1065-3058. Dostupné z: doi:10.1007/s10728-009-0138-8
58. NOVOTNÁ, Hedvika, 2019. *Výběr vzorku a prostředí výzkumu*. In NOVOTNÁ, Hedvika, Ondřej ŠPAČEK a Magdaléna ŠTOVÍČKOVÁ JANTULOVÁ (eds.), 2019. *Metody výzkumu ve společenských vědách*. Praha: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy. s. 289-314. ISBN 978-80-7571-052-9.
59. OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO, 2015. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5199-3.
60. OREL, Miroslav, 2020. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 3., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-2529-6.
61. PĚČ, Ondřej, Lenka VACHKOVÁ, Daniela WOGURKOVÁ, Jan MUŽÍK a Mária KRIVOŠÍKOVÁ, 2009. *Psychiatrická rehabilitace*. In PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy. Psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, s. 94-139. ISBN 978-80-7387-253-3.

62. PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ, 2014. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0731-3.
63. PROCHÁZKA, Miroslav, 2012. *Sociální pedagogika*. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3470-5.
64. PRŮCHA, Jan, Jiří MAREŠ a Eliška WALTEROVÁ, 2003. *Pedagogický slovník*. 4. Praha: Portál. ISBN 80-717-8772-8.
65. ROTHBARD, Aileen B a Eri KUNO, 2000. The Success of Deinstitutionalization. *International Journal of Law and Psychiatry* [online]. **23**(3-4), 329-344 [cit. 2023-11-17]. ISSN 01602527. Dostupné z: doi:10.1016/S0160-2527(00)00042-X
66. ROTHUIZEN, Jan Jaap a Lotte Junker HARBO, 2017. Social Pedagogy: An Approach Without Fixed Recipes. *International Journal of Social Pedagogy* [online]. **6**(1), 6-28 [cit. 2023-11-17]. ISSN 2051-5804. Dostupné z: doi:10.14324/111.444.ijsp.2017.v6.1.002
67. SANDERMANN, Philipp a Sascha NEUMANN, 2014. *On Multifaceted Commonality: Theories of Social Pedagogy in Germany*. *International Journal of Social Pedagogy* [online]. **3**(1), 15-29 [cit. 2023-11-08]. ISSN 2051-5804. Dostupné z: doi:10.14324/111.444.ijsp.2014.v3.1.003
68. SCULL, Andrew T., 2019. *Šílenství a civilizace: kulturní historie duševních chorob od bible po Freuda a od bláznince k moderní medicíně*. Praha: Academia. Historie (Academia). ISBN 978-80-200-2942-3.
69. SEMRAU, Maya, Elizabeth A. BARLEY, Ann LAW a Graham THORNICROFT, 2011. *Lessons Learned in developing community mental health care in Europe*. *World Psychiatry* [online]. **10**(3), 217-225 [cit. 2023-05-26]. ISSN 1723-8617. Dostupné z: https://www.psychiatrie.cz/images/stories/WPA3_Oct_2011.pdf
70. SHORTER, Edward, 2007. *The historical development of mental health services in Europe*. In: KNAPP, Martin, David MCDAID, Elias MOSSIALOS a Graham THORNICROFT. *Mental health policy and practice across Europe: The future direction of mental health care* [online]. 1. Maidenhead: Open University Press, s. 15-33 [cit. 2023-11-17]. ISBN 10-0-335-21467-3. Dostupné z: <https://eurohealthobservatory.who.int/docs/librariesprovider3/studies---external/mental-health-policy.pdf>

71. STANSFIELD, Jude, 2006. Improving the mental health of the population: a strategy for Europe. *Journal of Public Mental Health* [online]. 2006-03-01, **5**(1), 11-13 [cit. 2023-11-17]. ISSN 1746-5729. Dostupné z: doi:10.1108/17465729200600004
72. STEPHENS, Paul, 2009. *The nature of social pedagogy: an excursion in Norwegian territory* [online]. **14**(3), 343-351 [cit. 2023-11-17]. ISSN 1356-7500. Dostupné z: doi:10.1111/j.1365-2206.2008.00605.x
73. STORØ, Jan, 2012. *The Difficult Connection between Theory and Practice in Social Pedagogy*. *International Journal of Social Pedagogy* [online]. **1**(1), 17-29 [cit. 2023-11-08]. ISSN 2051-5804. Dostupné z: doi:10.14324/111.444.ijsp.2012.v1.1.003
74. STROUL, Beth A., 1989. Community support systems for persons with long-term mental illness: A conceptual framework. *Psychosocial Rehabilitation Journal* [online]. **12**(3), 9-26 [cit. 2023-11-17]. ISSN 0147-5622. Dostupné z: doi:10.1037/h0099536
75. STUHLÍK, Jan, 2009. *Case management*. In PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy. Psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, s. 139-153. ISBN 978-80-7387-253-3.
76. ŠIŠKA, Jan a Julie BEADLE-BROWN, 2011. *Developments in Deinstitutionalization and Community Living in the Czech Republic*. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities* [online]. **8**(2), 125-133 [cit. 2023-11-08]. ISSN 1741-1122. Dostupné z: doi:10.1111/j.1741-1130.2011.00298.x
77. ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ, 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.
78. TAYLOR SALISBURY, Tatiana, Helen KILLASPY a Michael KING, 2016. *An international comparison of the deinstitutionalisation of mental health care: Development and findings of the Mental Health Services Deinstitutionalisation Measure (MENDit)*. *BMC Psychiatry* [online]. **16**(54) [cit. 2023-11-08]. ISSN 1471-244X. Dostupné z: doi:10.1186/s12888-016-0762-4
79. THIEME, Anja, Jayne WALLACE, Thomas D. MEYER a Patrick OLIVIER, 2015. *Designing for mental wellbeing. Proceedings of the 2015 British HCI Conference* [online]. New York, NY, USA: ACM, 2015-07-13, 1-10 [cit. 2023-11-07]. ISBN 9781450336437. Dostupné z: doi:10.1145/2783446.2783586
80. THORNICROFT, Graham a Michele TANSELLA, 2004. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care. *British*

- Journal of Psychiatry* [online]. **185**(4), 283-290 [cit. 2023-11-18]. ISSN 0007-1250. Dostupné z: doi:10.1192/bjp.185.4.283
81. THORNICROFT, Graham a Michele TANSELLA, 2013. The balanced care model: the case for both hospital- and community-based mental healthcare. *British Journal of Psychiatry* [online]. **202**(4), 246-248 [cit. 2023-11-18]. ISSN 0007-1250. Dostupné z: doi:10.1192/bjp.bp.112.111377
82. THORNICROFT, GRAHAM, MICHELE TANSELLA a ANN LAW, 2008. Steps, challenges and lessons in developing community mental health care. *World Psychiatry* [online]. **7**(2), 87-92 [cit. 2023-11-18]. ISSN 1723-8617. Dostupné z: doi:10.1002/j.2051-5545.2008.tb00161.x
83. TRAINOR, John, Ed POMEROY a Bonnie PAPE, 2004. *A Framework For Support: 3rd Edition*. Toronto: Canadian Mental Health Association. ISBN 1-894886-12-7.
84. TRETETEIG, Signe, Solfrid VATNE a Anne Marie Mork ROKSTAD, 2017. *The influence of day care centres designed for people with dementia on family caregivers – a qualitative study*. *BMC Geriatrics* [online]. **17**(1) [cit. 2023-11-06]. ISSN 1471-2318. Dostupné z: doi:https://doi.org 10.1186/s12877-016-0403-2
85. TURNER, J. C. a W. J. TENHOOR, 1978. The NIMH Community Support Program: Pilot Approach to a Needed Social Reform*. *Schizophrenia Bulletin* [online]. 1978-01-01, **4**(3), 319-349 [cit. 2023-11-17]. ISSN 0586-7614. Dostupné z: doi:10.1093/schbul/4.3.319
86. TURNER, Judith E. Clark a Irene SHIFREN, 1979. Community support systems: How comprehensive? *New Directions for Mental Health Services* [online]. **1979**(2), 1-13 [cit. 2023-11-17]. ISSN 0193-9416. Dostupné z: doi:10.1002/yd.23319790202
87. VÁGNEROVÁ, Marie, 2012. *Psychopatologie pro pomáhající profese: rozšířené a přepracované vydání*. Vyd. 5. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0225-7.
88. VAN LITH, Theresa, Patricia FENNER a Margot SCHOFIELD, 2010. *The lived experience of art making as a companion to the mental health recovery process*. *Disability and Rehabilitation* [online]. **33**(8), 652-660 [cit. 2023-11-07]. ISSN 0963-8288. Dostupné z: doi:10.3109/09638288.2010.505998
89. VENTEGODT, Søren, Niels Jørgen ANDERSEN, Shimshon NEIKRUG, Isack KANDEL a Joav MERRICK, 2005. *Clinical Holistic Medicine: Holistic Treatment of Mental Disorders*. *The Scientific World JOURNAL* [online]. **5**, 427-445 [cit. 2023-11-07]. ISSN 1537-744X. Dostupné z: doi:10.1100/tsw.2005.50

90. VRABKOVÁ, Iveta, Ivana VAŇKOVÁ a Kristýna MOŠKOŘOVÁ, 2023. *Gaps in the Dynamics and Performance of the Psychiatric Care Deinstitutionalization*. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing* [online]. **60** [cit. 2023-11-08]. ISSN 0046-9580. Dostupné z: doi:10.1177/00469580231170727
91. WHO, 2001. *The World health report : 2001 : Mental health : new understanding, new hope*. World Health Organization. [online]. Geneva: WHO [cit. 2023-05-26]. ISBN 9241562013. Dostupné z: <https://iris.who.int/handle/10665/42390>
92. WHO, 2005a. *Mental Health Declaration for Europe: Facing Challenges, Building Solutions*. [online]. In: WHO, Regional Office for Europe. *Mental health: facing the challenges, building solutions: report from the WHO European Ministerial Conference*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, s. 9-15. [cit. 2023-05-26]. ISBN 9789289013772. Dostupné z: <https://iris.who.int/handle/10665/326566>
93. WHO, 2005b. *Mental Health Action Plan for Europe: Facing Challenges, Building Solutions*. [online]. In: WHO, Regional Office for Europe. *Mental health: facing the challenges, building solutions: report from the WHO European Ministerial Conference*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, s. 17-30. [cit. 2023-05-26]. ISBN 9789289013772. Dostupné z: <https://iris.who.int/handle/10665/326566>
94. WINKLER, Petr, Filip ŠPANIEL, Ladislav CŠÉMY, Miroslava JANOUŠKOVÁ a Linda KREJNÍKOVÁ, 2013. *Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení*. Praha: Psychiatrické centrum Praha. ISBN 978-80-87142-21-9.
95. WINKLER, Petr, Karolína MLADÁ, Dzmitry KRUPCHANKA, Mark AGIUS, Manaán Kar RAY a Cyril HÖSCHL, 2016. *Long-term hospitalizations for schizophrenia in the Czech Republic 1998–2012*. *Schizophrenia Research* [online]. **175**(1-3), 180-185 [cit. 2023-11-08]. ISSN 09209964. Dostupné z: doi:10.1016/j.schres.2016.04.008
96. WINKLER, Petr, Leonardo KOESER, Lucie KONDRÁTOVÁ, Hana Marie BROULÍKOVÁ, Marek PÁV, Lucie KALIŠOVÁ, Barbara BARRETT a Paul MCCRONE, 2018. *Cost-effectiveness of care for people with psychosis in the community and psychiatric hospitals in the Czech Republic: an economic analysis*. *The Lancet Psychiatry* [online]. **5**(12), 1023-1031 [cit. 2023-11-08]. ISSN 22150366. Dostupné z: doi:10.1016/S2215-0366(18)30388-2

97. WRIGHT, Eric R., William P. GRONFEIN a Timothy J. OWENS, 2000. Deinstitutionalization, Social Rejection, and the Self-Esteem of Former Mental Patients. *Journal of Health and Social Behavior* [online]. **41**(1) [cit. 2023-11-18]. ISSN 00221465. Dostupné z: doi:10.2307/2676361
98. ZANDLOVÁ, Markéta, 2019. *Rozhovor*. In NOVOTNÁ, Hedvika, Ondřej ŠPAČEK a Magdaléna ŠŤOVÍČKOVÁ JANTULOVÁ (eds.), 2019. *Metody výzkumu ve společenských vědách*. Praha: Fakulta humanitních studií Univerzita Karlova. s. 314-352. ISBN 978-80-7571-052-9.
99. ŽALUDEK, Adam, 2020. *Management kvality a rizik psychiatrické péče*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2275-2.

Seznam obrázků

Obrázek 1 Síť podpory Zdroj: Trainor, Pomeroy, Pape, 2004; Probstová a Pěč, 2014. 19

Seznam tabulek

Tabulka 1 Charakteristika participantů a rozhovorů 43

Seznam příloh

Příloha č. 1: Scénář rozhovoru 1 73

Příloha č. 1: Scénář rozhovoru 1

1. Jak rozumíte termínu deinstitucionalizace psychiatrické péče?
2. Dotýká se deinstitucionalizace psychiatrické práce Vaší práce, kterou aktuálně vykonáváte? Máte nějaké konkrétní příklady?
3. Co si myslíte o deinstitucionalizaci psychiatrické péče?
4. Proč si myslíte, že vznikla deinstitucionalizace psychiatrické péče?
5. Jak si myslíte, že probíhá deinstitucionalizace psychiatrické péče?
6. Je Vám všechno jasné na tom, jak probíhá deinstitucionalizace psychiatrické péče?
(popř. Co Vám není jasné na tom, jak probíhá deinstitucionalizace psychiatrické péče?)
7. Jakým způsobem jste součástí deinstitucionalizace psychiatrické péče?
8. Jaké zkušenosti máte s deinstitucionalizací psychiatrické péče?
9. Jak vnímáte roli sociálního pedagoga v procesu deinstitucionalizace psychiatrické péče?
10. Z jakých zdrojů se k Vám dostávají informace o deinstitucionalizaci psychiatrické péče?
11. Co byste potřeboval/a, abyste dokázal/a lépe pracovat na deinstitucionalizaci psychiatrické péče?
12. (popř. Čím to je, že nic nevíte o deinstitucionalizace psychiatrické péče?)