

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

Ústav sociální práce

Komunitní přístup k péči o jedince se schizofrenií

Diplomová práce

Autor: Bc. Veronika Uhrová
Studijní program: N6731 Sociální politika a sociální práce
Studijní obor: Sociální práce
Forma studia: Prezenční
Vedoucí práce: Mgr. Miroslav Kappl Ph.D.

Hradec Králové

2018



Zadání diplomové práce

Autor: Veronika Uhrová

Studium: U15034

Studijní program: N6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce

Název diplomové práce: **Komunitní přístup k péči o jedince se schizofrenií**

Název diplomové práce AJ: Community-based approach to individuals suffering from schizophrenia

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Diplomová práce se bude zabývat komunitním přístupem, jež se zaměřuje na péči o jedince se schizofrenií. Teoretická část bude popisovat komunitní sociální práci a pojmy s ní související, diagnózu schizofrenie a komunitní péči zaměřenou přímo na danou cílovou skupinu. Empirická část bude využívat kvalitativní výzkumnou strategii orientující se na autentické výpovědi sociálních pracovníků a sociálních pracovníků se zkušeností komunitní práce s osobami, které mají schizofrenii.

ČEŠKOVÁ, Eva. Schizofrenie a její léčba: průvodce ošetřujícího lékaře. 2., rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 2007. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 978-80-7345-114-1. MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5. PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly. 1. vyd. Praha: Portál, 2014. Aeskulap. ISBN 978-80-262-0731-3.

Garantující pracoviště: Ústav sociální práce,
Filozofická fakulta

Vedoucí práce: Mgr. Miroslav Kappl, Ph.D.

Oponent: Ing. Lukáš Válek

Datum zadání závěrečné práce: 4.12.2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně pod vedením vedoucího práce Mgr. Miroslava Kappla, Ph.D. a uvedla jsem veškeré použité prameny a literaturu.

V Hartmanicích dne

.....

Bc. Veronika Uhrová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat svému vedoucímu diplomové práce Mgr. Miroslavu Kapplovi Ph.D. za odbornou pomoc, vedení, cenné rady a připomínky, které mi v průběhu psaní této práce byly poskytnuty. Dále děkuji své rodině, která mi byla po celou dobu studia velkou oporou.

Anotace

UHROVÁ, Veronika. *Komunitní přístup k péči o jedince se schizofrenií*. Hradec Králové, 2018. Diplomová práce. Univerzita Hradec Králové, Filozofická fakulta, Ústav sociální práce.

Diplomová práce s názvem *Komunitní přístup k péči o jedince se schizofrenií* má za cíl seznámit čtenáře s problematikou duševního onemocnění schizofrenie v kontextu komunitní péče, jakožto oblasti úzce související se sociální prací. Diplomová práce je rozdělena do pěti kapitol, přičemž první tři popisují teoretická východiska práce. První kapitola se orientuje na vymezení komunitní práce a definování souvisejících pojmů jako je komunita či komunitní péče. Druhá kapitola se zaměřuje na popis schizofrenie, její symptomatiky, průběhu, prognózy a dalšího. Třetí kapitola slučuje dohromady kapitoly předchozí a vytváří jedno ucelené téma, jímž je komunitní péče o lidi se schizofrenií. V této kapitole je blíže popisována komunitní péče, služby a systém péče o duševně nemocné a nastíněny jsou české i zahraniční zkušenosti v této oblasti. Empirické šetření diplomové práce je sepsáno ve čtvrté a páté kapitole. Jeho cílem je zhodnotit vliv komunitního přístupu k péči o jedince se schizofrenií na inkluzi do lokální komunity. K dosažení výsledků byla vybrána kvalitativní výzkumná strategie a v rámci ní metoda polostrukturovaného interview, jež bylo vedeno se sociálními pracovníky a sociálními pracovníci. Závěr práce je věnován sumarizaci a praktickému využití diplomové práce.

Klíčová slova: komunita, komunitní práce, komunitní péče, inkluze, schizofrenie

Annotation

UHROVÁ, Veronika. *Community-based approach to individuals suffering from schizophrenia*. Hradec Králové, 2018. Master Degree Thesis. University of Hradec Králové, Philosophical Faculty, Institute of Social Work.

The goal of the diploma thesis titled *Community-based approach to individual suffering from schizophrenia* is to introduce the reader with issue of schizophrenia in context of community care as an area closely related to social work. Diploma theses is divided into five chapters. The first three chapters describe the theoretical points of the theses. The first chapter focuses on defining community work and delineating related concepts such as community or community care. The second chapter focuses on the description of schizophrenia and its symptoms, prognosis and others. Chapter number three merges together the previous chapters and creates one comprehensive topic of community care for people with schizophrenia. This chapter describes the community care, services, mental health care system and experience of Czech republic and foreign countries. The empirical study of the diploma thesis is written in fourth and fifth chapters. Its aim is to evaluate the impact of the community-based approach to individual with schizophrenia on inclusion into the local community. A qualitative research strategy was selected to achieve the results and, within it, the semi-structured interview method, which was conducted with social workers. The final part of the thesis is focused to resume and practical use of diploma thesis.

Key words: community, community work, community care, inclusion, schizophrenia

Obsah

Úvod	9
1 Komunitní práce	12
1.1 Vymezení základních a souvisejících pojmů	12
1.2 Historie komunitní práce	16
1.3 Specifika a současnost komunitní práce v České republice.....	18
2 Schizofrenie.....	22
2.1 Etiologie a epidemiologie	24
2.2 Symptomatika	25
2.3 Průběh a prognóza	26
2.4 Diagnostika a klasifikace	27
2.5 Léčba.....	29
2.6 Mýty.....	31
2.7 Sociální aspekty	33
3 Komunitní péče zaměřená na jedince se schizofrenií	34
3.1 Duševní poruchy a společnost	35
3.2 Komunitní péče.....	38
3.3 Systém péče o osoby s duševní poruchou.....	40
3.4 Oblasti potřebné péče a služby	43
3.5 Komunitní přístup v péči o duševní zdraví v Čechách a zahraničí.....	46
4 Metodologie výzkumného šetření	52
4.1 Cíle výzkumného šetření	52
4.2 Charakteristika výzkumné metody	54
4.3 Rizika a etické otázky související s výzkumem.....	55
4.4 Operacionalizace.....	56
4.5 Výzkumný soubor a jeho výběr	59

4.6	Průběh vlastního empirického šetření.....	59
4.7	Metoda analýzy dat.....	60
5	Výsledky výzkumného šetření a jejich interpretace.....	61
5.1	Oblast bydlení.....	61
5.2	Oblast zaměstnání.....	66
5.3	Oblast vzdělávání.....	70
5.4	Oblast psychiatrie.....	73
5.5	Oblast společenského života.....	78
5.6	Oblast stigmatizace.....	82
5.7	Oblast komunitního přístupu k péči o jedince se schizofrenií.....	85
5.8	Diskuze.....	89
	Závěr.....	92
	Seznam použité literatury.....	100
	Seznam příloh.....	104

Úvod

Komunitní přístup v sociální práci je již po několik desítek let diskutovaným tématem a vizí úspěšné a komplexní péče o klienta. V územním kontextu České republiky se však jedná o přístup, který se začal implementovat do praxe až po sametové revoluci, proto se v dnešní době ještě nenachází ve zcela ideálním stavu. V souvislosti s cílovou skupinou lidí se schizofrenií, ale i jinou závažnou duševní poruchou, je velice důležité pracovat na vývoji komunitní péče a přesunu těžiště z péče institucionální přímo do komunity.

Jedním z palčivých problémů současné péče o lidi se schizofrenií, jejichž stav jim nedovoluje žít běžným životem, je jejich častá a dlouhodobá hospitalizace, jakožto řešení jejich zdravotního stavu. Vzhledem k prostředí a podmínkám, jež ústavní psychiatrická zařízení vykazují, žije jedinec izolován od komunity, mnohdy v nedůstojných podmínkách, jeho sociální dovednosti ochabují a vzdaluje se čím dál více od života, který žil předtím, než se onemocnění projevilo. Jako efektivní řešení se jeví právě komunitní péče, která může být alternativou k péči ústavní, vzhledem k tomu, že umožňuje práci s nemocným v jeho přirozeném prostředí.

Téma diplomové práce bylo vybráno s ohledy na osobní zájmy a zkušenosti, jež byly rozvíjeny po celou dobu vysokoškolského studia. Od prvopočátku stála ve středu zájmu problematika duševních nemocí a duševního zdraví, která se rozšířila z psychiatrického pohledu do pohledu komunitní sociální práce zejména díky studiu oboru sociální práce a čtyřletému dobrovolnictví v sociální službě s komunitním přesahem orientované na péči o lidi s duševním onemocněním, přičemž většinovými klienty byli právě jedinci se schizofrenií.

Tato práce vzhledem k problematice, kterou se zabývá, nese název *Komunitní přístup k péči o jedince se schizofrenií*. Jejím cílem je na jedné straně popsat teoretická východiska související se schizofrenií a přístupem, kterým je z pozice sociální práce k této cílové skupině přístupováno, přičemž popisovaným přístupem je nejenom vzhledem k současným trendům, přístup komunitní. Na druhé straně je cílem práce zhodnotit vliv komunitní péče na inkluzi do místní komunity. Tento cíl je zkoumán výzkumným šetřením a je rozveden do tří dílčích cílů, jež mají za úkol zjistit,

co se v rámci tohoto přístupu daří, v čem jsou slabé stránky a za jakých podmínek by mohlo dojít k zefektivnění.

Diplomová práce je strukturována do pěti kapitol, přičemž první tři kapitoly jsou věnovány teoretickému vymezení problematiky a poslední dvě empirickému šetření, které bylo v rámci této práce realizováno.

První kapitola se zabývá komunitní prací, definuje pojmy jako je komunita a její druhy, komunitní přístup, komunitní péči, komunitní práci a komunitní sociální práci. Pozornost je věnována také historii komunitní práce, její současnosti a specifikům na území České republiky. Druhá kapitola popisuje schizofrenii, její místo mezi duševními poruchami, etiologii a epidemiologii, její symptomatiku, diagnostiku, klasifikaci, průběh, léčbu i prognózu. Dále uvádí, jaké ve společnosti panují mýty o tomto onemocnění a jaké jsou jeho sociální aspekty. Třetí kapitola popisuje komunitní péči zaměřenou na jedince se schizofrenií, případně jinými duševními poruchami. Na úvodu kapitoly je pojednáváno o historickém pohledu společnosti na dané onemocnění, následně je hlouběji definován pojem komunitní péče, jeho pozitiva a role sociálních pracovníků. Popisován je systém péče o duševně nemocné a pojmy jako je případové vedení, komunitní psychiatrie a další. Vymezeny jsou také oblasti potřebné péče a související služby. Kapitola je ukončena náhledem na stav a zkušenosti komunitní péče v České republice i zahraničí. Čtvrtá kapitola se orientuje na metodologii výzkumného šetření, uvádí cíle, charakteristiku výzkumné metody, průběh šetření a popis výzkumného vzorku. Pátá a zároveň poslední kapitola interpretuje výsledky výzkumného šetření a obsahuje diskuzi související s problematikou. V závěru práce je celé téma diplomové práce sumarizováno, stejně jako empirické výsledky.

Témata popisovaná v teoretické části diplomové práce jsou vybrána s ohledy na hlavní cíl práce. Je potřeba umět se orientovat v problematice komunitní práce, schizofrenie i přímo komunitní péče zaměřené na osoby se schizofrenií. Zapotřebí je také uvědomit si jisté pozadí, jež ovlivňuje participaci těchto osob do místní komunity, tedy například vnímání této cílové skupiny společností v minulosti nebo vážné projevy onemocnění a další.

Pro realizaci výzkumného šetření byla vybrána kvalitativní strategie a metoda polostrukturovaného interview. Roli informantů mají sociální pracovníci a sociální pracovníce ze sociálních služeb s komunitním přesahem, jež se orientují na osoby se schizofrenií, případně jinou duševní poruchou. Pomocí vybrané výzkumné metody by mělo dojít k získání autentických výpovědí, jež poslouží k naplnění výzkumného cíle.

Užitečnost diplomové práce může být spatřována zejména v hodnocení komunitního přístupu v péči o jedince se schizofrenií z pohledu sociálních pracovníků a sociálních pracovníků, kteří uvádí jeho silné stránky, nedostatky a za jakých podmínek by případně mohl lépe fungovat. Diplomová práce je zároveň jistým apelem na potřebnost využívání toho přístupu, jeho vývoje a zdokonalování vzhledem k potřebám člověka se schizofrenií či jinou duševní poruchou.

V rámci účelu diplomové práce bude o schizofrenii hovořeno vždy jako o dlouhodobém duševním onemocnění, které negativně ovlivňuje život jedince, který potřebuje pomoc a podporu sociálních pracovníků a sociálních pracovníc. Lidé s tímto onemocněním, jež dokáží žít samostatně, jsou součástí komunity a jejich život je v důsledku stejný či velmi podobný jako život zdravých lidí, nejsou pro tuto práci relevantní cílovou skupinou.

1 Komunitní práce

Komunitní práce je společně s individuální případovou prací a skupinovou prací, jednou ze základních metod sociální práce. Metody sociální práce jsou dle Matouška „*specifické postupy sociálních pracovníků definované cílem nebo cílovou skupinou.*“ Cílem může být například poskytnutí materiální pomoci, úřední výkon, poradenství, komplexní pomoc nebo výzkum, a cílovou skupinou klientela (Matoušek, 2003, s. 107). Navrátil popisuje, že individuální práce zdůrazňuje vztah člověka k člověku, skupinová práce pracuje se skupinou jako nástrojem k nápomoci rozvoje osobnosti, a komunitní práce je procesem uvnitř skupiny, při kterém se využívají její možnosti a zdroje (Navrátil, 2001). Pro účely této diplomové práce bude dále pojednáváno pouze o práci komunitní, přičemž se termín komunitní práce může zaměňovat s termínem komunitní sociální práce, a to z toho důvodu, že v této diplomové práci je pojem komunitní práce užíván pouze v kontextu oboru sociální práce.

Tato kapitola vymezuje základní a související pojmy, věnuje se historii komunitní práci, její současnosti a specifikům. Znalost teorie komunitní práce je nezbytná, zejména v důsledku třetí kapitoly, jež pojednává o komunitní péči zaměřené na osoby se schizofrenií, jakožto problematiku zkoumanou výzkumným šetřením.

1.1 Vymezení základních a souvisejících pojmů

Následující pojmy jsou zde uvedeny pro komplexnější vymezení a pochopení tohoto tématu. Podkapitola definuje pojmy komunita, kompetentní komunita, komunitní práce, komunitní péče a další. Ke každému pojmu je přidružena jeho definice a další informace.

Komunita

Pojem komunita popisuje například Petrusek a Vodáková a uvádí, že se jedná o mnohoznačný termín, který v různých kontextech mění svůj význam. Vychází z latinského slova *communitas*, které v překladu znamená společenství nebo pospolitost. Jedná o „*sociální útvar charakterizovaný jednak zvláštním typem sociálních vazeb uvnitř, mezi členy, jednak specifickým postavením navenek, v rámci širšího sociálního prostředí.*“ (Petrusek a Vodáková, 1996, s. 512) Hartl uvádí, že komunita je místem, kde člověk může v každodenním životě získávat emocionální podporu, ocenění i praktickou

pomoc (Hartl, 1997). Matoušek dodává, že „*Komunita má svou atmosféru, své způsoby komunikace, svou hranici, která je více nebo méně propustná vůči okolí. Místní komunita uspokojuje potřebu blízkosti, intimacy, rozšířeného domova*“ (Matoušek, 2008, s. 85). Je za ni považováno více, nežli je společně obydlený prostor, jedná se zejména o sdílení společných hodnot a zájmů, interakce mezi lidmi, solidaritu, v některých případech můžeme o komunitě hovořit jako o velké primární skupině. Jedním z hlavních znaků je smysl pro komunitu, kterým je již zmíněná solidarita a sounáležitost (Matoušek, 2008).

Gojová říká, že vzhledem k tomu, že si pod tímto pojmem můžeme představit mnohé, je možné vytvořit kategorie jejího vymezení – komunita definovaná lokalitou či teritoriem, komunita zájmů, komunita složená z lidí, které spojují společné podmínky nebo problém. Poslední kategorie podle některých spadá pod hlavní oblast zájmu sociální práce. V tomto významu se však nemusí jednat o lidi, mezi kterými existují vazby, jedná se spíše o shluk jedinců, které do jedné skupiny spojuje jejich znevýhodnění (Gojová, 2006).

Kinkor uvádí, že v praxi je možné se setkat s následujícími pojmy:

- **Občanská komunita.** Kategorie osob, která ve společném prostoru vykonává každodenní aktivity.
- **Výcviková komunita.** Společenství lidí, které je charakteristické zaměřením se na sebepoznání, nácvik dovedností apod.
- **Terapeutická komunita.** Specifická podoba léčebného zařízení umožňující otevřenou komunikaci pacientů a všech dalších členů.
- **Spirituální komunita.** Skupina jedinců sdílejících podobné myšlenky a postoje, snažících se o společný spirituální rozvoj, v některých případech i žijících ve společném prostoru. (Kinkor in Matoušek a kol., 2008)

V rámci účelu této diplomové práce se bude o komunitě hovořit a priority právě jako o komunitě občanské, přičemž se nadále používají názvy jako lokální komunita nebo místní komunita, jež také vystihují danou kategorii osob sdílejících jistý společný prostor.

Kompetentní komunita

Gojová popisuje, že se jedná o takovou komunitu, která je v sociální práci chápána jako její cíl, prostředek a strategii řešení problémů zároveň. Jako kompetentní ji považujeme

proto, že její dílčí části zvládají efektivně spolupracovat v identifikaci problémů a potřeb všech, jsou schopny dosáhnout konsensu v cílech, prioritách, způsobu realizace cílů a celkově kooperovat na požadovaných opatřeních. Sociální práce se tedy snaží podporovat komunitu, aby její obyvatelé lépe naplňovali své potřeby, a zplnomocnit ji k řešení problémů. (Gojová, 2006)

Komunitní práce

Dle Šťastné byla komunitní práce desítky let spojována s idejemi důstojného života lidí z chudých čtvrtí a jejich zapojení do vzdělávacích a volnočasových činností mezi místní obyvatelé. Dnes komunitní práci chápeme jako organizování sociálních činností tak, aby zajišťovaly přístup k aktivitám, které jedinci každodenně potřebují. Zdůrazňována je participace lidí na věcech veřejných, sebeorganizovanost, vzájemná solidarita a pomoc, sociální zodpovědnost, respekt k místním tradicím a životnímu prostředí. „*Komunitní práce nabízí obyvatelům možnost aktivně vstupovat do tvorby ‚příběhu‘ místa, nečekat pouze na pomoc zvenčí, komunitní práce vytváří organizační strukturu pro práci s myšlenkami a iniciativami, vytyčuje perspektivy a uskutečňuje vizi komunity.*“ (Šťastná, 2016, s. 1) Chytil a Mahrová přidávají další aspekt sociální práce. Říkají, že v práci komunitní hraje roli podněcovatelů a organizátorů s cílem mobilizovat občanskou svépomoc (Chytil, Mahrová in Mahrová, Venglářová a kol., 2008).

Musil parafrázuje Popple a uvádí, že účelem komunitní práce je posilovat schopnosti osob, které mají znevýhodnění, tak aby se ho naučili zvládat a uměli řešit obtížné situace díky tomu, že získají větší míru kontroly nad okolnostmi života. Obecně lze říci, že cílem je posílit sebedůvěru, dovednosti a sebe-organizační schopnosti. Komunitní pracovník podporuje cílovou skupinu způsobem, který ji vede ke zvládnutí situací za použití zmíněných schopností i potom, co ji komunitní pracovník opustí. (Musil, 1999)

Jak vyplývá z předchozího textu, tak klientem v komunitní práci je komunita a dle Navrátila jsou její potřeby rozhodující. Tyto potřeby jsou vyjádřeny problémy, jež se týkají více lidí. Sociální problémy, které jsou identifikované, mají být řešeny a odstraněny prostředky, kterými komunita disponuje. (Navrátil, 2001)

Komunitní práce má několik specifických znaků, které Kinkor vymezuje následovně:

- využívá se pro řešení problémů a pro dosažení změn v daném společenství,
- spojuje občany, místní organizace a instituce a zapojuje je do života komunity,
- problémy jedinců a skupin vztahuje ke zdrojům a možnostem daného společenství,
- vede k přerozdělení a sdílení zdrojů, odpovědnosti a kompetencí,
- zvyšuje možnosti osob ovlivňovat to, co se s nimi děje. (Kinkor in Matoušek a kol., 2008)

Musil popisuje myšlenku, že jestliže by se sešli jedinci, kteří sami neumí řešit situaci, v které se nachází, a pokusili se spojit svoje síly, mohlo by dojít ke zlepšení situace všech pomocí kolektivního řešení. Vzájemně by si mohli poskytovat různé služby, účastnit se na shromážděních a stát se respektovanými účastníky veřejného života místní komunity. Nicméně předpokladem je zájem o takový způsob řešení a schopnost sebe-organizace. (Musil, 1999)

Komunitní sociální práce

Vedle pojmu komunitní práce se můžeme setkat i s pojmem komunitní sociální práce, jež používá například Navrátil, který mimo jiné hovoří o tom, že se lze setkat s různými typy komunitní sociální práce a uvádí Twelvetreesovu typologii rozlišující dva přístupy – profesionální komunitní práci a radikální komunitní práci.

Profesionální přístup zdůrazňuje podporu rozvoje svépomocných skupin a usiluje o zlepšení efektivity šíření služeb. Představitelé profesionalismu neaspirují na změnu společenského řádu. Oproti tomu **radikální přístup** upozorňuje na potenciál komunitní práce ke změně existujících společenských vztahů. Zabývá se zejména příčinami marginalizace některých sociálních skupin a na zplnomocňování bezmocných. Dle představitelů tohoto přístupu je bezmoc vyvolána určitou sociální konstrukcí kategorií, jako je rasa, pohlaví, třída apod. (Navrátil, 2001)

Komunitní péče

Komunitní péče je pojem, který je dle Kinkora k pojmu komunitní práce velmi blízký. Jedná se o uspořádávání zejména zdravotnických a sociálních služeb takovým způsobem, aby znevýhodněné skupiny, jako jsou hendikepovaní, duševně nemocní, senioři apod.,

mohli zůstat ve svém přirozeném prostředí a komunitě, a přitom se jim dostalo péče a mohli vést plnohodnotný život. Opakem je péče institucionální, která předpokládá, že hospitalizace je efektivnější, levnější apod. (Kinkor in Matoušek a kol., 2008)

Komunitní přístup

Komunitní přístup je dle Kinkora termín, který ztvárňuje stránku komunitních procesů týkajících se spolupráce veřejného sektoru, podnikatelského sektoru a místních občanů organizovaných v různých neziskových organizacích či zcela neorganizovaných. Cílem je vyvolání změny na místní úrovni. (Kinkor in Matoušek a kol., 2008)

Komunitní plánování

Šťastná uvádí, že plánování v komunitě je formou participace občanů na věcech veřejných, proto se také můžeme někdy setkat s termínem *participační plánování* (Šťastná, 2016). Je rozvíjeno Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR (dále jen MPSV) a mnoha orgány státní správy a samosprávy.

Posláním komunitního plánování dle MPSV je „*Posláním komunitního plánování je zajišťování dostupnosti sociálních služeb. Prakticky se jedná o zjištění stavu poskytování sociálních služeb v dané lokalitě a zároveň potřeb, které nejsou naplněny. Srovnáním těchto dvou základních parametrů a v souladu s množstvím finančních prostředků, které obec na sociální služby vynakládá, vzniká v procesu vzájemných konzultací komunitní plán, který je konsenzem mezi tím, co je možné, a tím, co bylo označeno jako potřebné či prioritní.*“ (MPSV, 2004, online)

Cílem komunitního plánování je dle Vaskové a Žežuli posílení sociální soudržnosti komunity a podpora sociálního začlenění a prevence sociálního vyloučení jednotlivců i skupin. (Vasková a Žežula, 2002)

1.2 Historie komunitní práce

Šťastná uvádí, že počátky komunitní práce lze spatřit již v druhé polovině 19. století, kdy na základě sociálních důsledků urbanizace, rozpadu velkých rodin a venkovských komunit, začaly ve městech vznikat chudinské čtvrti a zvýšila se tak sociální nerovnost. Charitativní péče zaměřená na jednotlivce již nestačila, bylo zapotřebí pracovat s celou

komunitou. Začala se tedy využívat práce dobrovolníků ke zvýšení tamních sociálních poměrů a vzdělanosti (Šťastná, 2016) Gojová popisuje, že v základech komunitní práce stojí organizace jako *Charity Organization Societies*, které se věnovaly jedincům z chudinských čtvrtí a jejíž pracovníci jsou dnes považováni za předchůdce práce s jednotlivcem. Jedním ze zakladatelů těchto organizací je anglický vikář Samuel Barnett, který vzhledem ke své nespokojenosti s neschopností organizace reagovat na životní a pracovní podmínky chudých, tvrdil, že poskytovatelé pomoci by měli žít ve stejné oblasti a zažívat stejné problémy jako chudí lidé. Přišel tedy s návrhem založení settlementů přímo v těchto chudinských oblastech, které nabízely vzdělávací a rekreační příležitosti (Gojová, 2006). Šťastná dodává, že komunitní přístup byl živelný jak v USA, tak v některých zemích Evropy, ale zaměřený spíše jen na zlepšování podmínek chudých. Komunitní centra navyšovala své počty v prvních dvou dekadách 20. století, ale byla zbrzděna světovou ekonomickou krizí. Do činnosti byli zapojováni dobrovolníci, kteří pomáhali chudým rodinám a pracovali i s postiženými jedinci a jejich rodinami a podporovali jejich soběstačnost. Pracovníci se navíc soustředili také na širší kontext místního společenství v podobě komunitních center určených pro překonávání individuálních problémů, postupně se však začala stávat také místem vzniku myšlenek na rozvoj celé komunity (Šťastná, 2016).

Gojová pojednává o tom, že ačkoliv světové války mnohé pozastavily, v meziválečném období docházelo k rozvoji komunitní práce, a to zejména v důsledku vzrůstající nezaměstnanosti a usazování nových obyvatel (Gojová, 2006). Šťastná popisuje období po druhé světové válce, které je spojováno s výrazem *welfare state*, tedy sociálním státem. Vznikala různá občanská hnutí, která se orientovala na sociální změny ve prospěch znevýhodněných skupin obyvatelstva. V 60. letech 20. století vznikaly aktivity směřující k dodržování lidských práv, protirasistických iniciativ, studentských a mírových hnutí. Později během 80. a 90. let 20. století se do kontextu komunitní práce a komunitního rozvoje přidaly motivy spojené s ekonomickou globalizací a jejími dopady na místní společenství, otázky související s migrací či vznikem multietnických a multikulturních osídlení, problematiku demografických změn v důsledku stárnoucí populace, rostoucí sociální diferenciací a také nástup nových technologií otevírajících kyberprostor mezi lidmi. Právě v souvislosti s moderními technologiemi a ekonomickým růstem se od 80. let hovoří o tzv. rizikové společnosti (Šťastná, 2016). Ke konci 20. století

došlo v oblasti komunitní práce k posunu ve vztahu mezi poskytovatelem a příjemcem sociálních služeb. Důraz byl kladen na zvýšení spoluúčasti příjemců, tedy klientů, na vzájemnou komunikaci, respektování svobodného rozhodnutí a potřeb. Komunitní práce se měla soustředit na mobilizaci zdrojů v komunitě a rozvoj schopností komunity řešit problémy využíváním vlastních schopností. Komunitní práce měla navíc potenciál k tomu být využívána jako strategie v řešení problémů, což nejspíše zapříčinilo to, že Rada Evropy v roce 1989 podpořila její důležitost a na základě výzkumu ji identifikovala jako odpověď na sociální problémy (Gojová, 2006).

1.3 Specifika a současnost komunitní práce v České republice

Šťastná uvádí, že slovo komunita či komunitní není tradičním výrazem pro české země, se svými významy sem bylo přeneseno po politických změnách v roce 1989, což však neznamená, že zde komunitní práce na praktické rovině neexistovala. Začátkem 90. let 20. století začaly komunitní práci u nás rozvíjet především nestátní neziskové organizace, v několika případech se staly iniciátory instituce veřejné správy a ojedinele podnikatelé. (Šťastná, 2016)

Soudobá komunitní práce

Gojová uvádí, že Řezníček v roce 1994 předpovídal, že v České republice vzniknou problémy při prosazování komunitní práce, a to z několika důvodů. Zaprvé, kvůli minulému režimu svépomocné a občanské aktivity degradovaly. Zadruhé, státní a místní správa je nestálá, s čímž souvisí i nejisté financování sociálních služeb. Zatřetí, nedostatek koordinace institucí a zainteresovaných profesionálů. Gojová s Řezníčkem souhlasí a uvádí, že v současnosti je situace podobná, a i nadále se komunitní práce používá velmi málo, a to často s podporou zahraničních partnerů, ne místních. (Gojová, 2006) Nutno však podotknout, že tento pohled na komunitní práci může být trochu zastaralý a je třeba ho redefinovat, případně rozvinout. S novým pohledem přichází například Šťastná, která však současnost komunitní práce také nevidí zcela pozitivně a uvádí, že segment komunitní práce v České republice je stále systémově podhodnocen. Neziskové organizace, díky kterým se komunitní práce a projekty rozvinuly, jsou nedostatečně financovány, protože fondy EU nezařadily projekty mezi své priority. Na státní úrovni je to podobné a o to důležitější jsou akce, při kterých díky jednotlivcům

ožívají města i venkov. Tento impulz přichází od místních iniciativ. Vzhledem k tomu, že je komunitní práce velmi systémově ovlivněna, je úkolem sociálních pracovníků a sociálních pracovníček tyto faktory rozeznávat, protože přímo ovlivňují práci s jednotlivými klienty, skupinami i práci v sociálně zaměřených organizacích obecně. Zřetelně rozeznatelné to je v procesu deinstitucionalizace sociálních služeb, proto je důležitá úloha komunitní práce, popřípadě reformní (kritické) sociální práce, která se orientuje na odbornou reflexi a analýzu systémových otázek a odpovídající reakce. (Šťastná, 2016)

Komunitní práce v praxi

V praxi se komunitní práce realizuje v několika oblastech. Dle Gojové se jedná o komunitní plánování, aktivity center pro komunitní práci a komunitní projekty. Mezi zmíněné aktivity center patří regionální rozvoj a komunitní organizování. V rámci **regionálního rozvoje** se centra pro komunitní práci orientují na proces zapojování veřejnosti do strategického plánování v dané oblasti. „...lidé by měli mít možnost ovlivnit rozhodování o tom, co se bude v budoucnu v prostoru jejich života odehrávat.“ Druhou oblastí, na kterou se centra pro komunitní práci zaměřují, je **komunitní organizování**. Jedná se o metodu rozvoje komunity, kdy jsou vytvářeny příležitosti pro řešení problémů místními občany. Účelem je dosažení zlepšení, poskytování lidem pocitu vlastní síly, změna rozložení sil ve společnosti a další. (Gojová, 2006, s. 94–95)

Komunitní projekty neziskových nestátních organizací dle Gojové se zaměřují především na zapojování občanů do rozhodování a spoluvytváření jejich lokality, soužití romské minority a majority, otázky bydlení sociálně slabých obyvatel (především Romů), odstraňování sociálního vyloučení (především Romů), aktivizace a zplnomocňování romské minority. (Gojová, 2006)

Kinkor uvádí několik typů organizací, které v České republice v současnosti rozvíjejí postupy komunitní práce. Jedná se například o organizace zaměřené na komunitní práci ve sféře sociální a zdravotní, které organizují zdravotní a sociální služby v dané komunitě, zabývají se deinstitucionalizací a vzděláváním poskytovatelů služeb. Dále organizace zaměřené na účast veřejnosti v přípravě rozvojových plánů. Tyto organizace se snaží o vyvolání zájmu občanů o to, co se jich týká. Také organizace zaměřené na ochranu

životního prostředí, které zavádí *Lokální Agendy 21* nebo organizace přímo zaměřené na rozvoj dané komunity zabývající se například rozvojem města či nějakého mikroregionu. Dále se můžeme setkat s komunitními nadacemi, školami, různými akcemi a také s informačními a kulturními centry. (Kinkor in Matoušek, 2008)

Oblasti působení komunitní práce

Šťastná uvádí, že teorie a modely komunitní práce jsou pro systémovou a odbornou práci v lokalitách velmi důležité, jejich aplikace je však do jisté míry závislá na prostředí, cílové skupině, stylu vedení komunitního projektu a složení skupiny aktérů. Lze však vysledovat základní oblasti, které mají vždy za společný jmenovatel snahu o pozitivní změnu. (Šťastná, 2016)

První oblastí je dle Šťastné **občanská participace**, tedy zvyšování účasti občanů na věcech veřejných. Jedná se o „boj“ proti apatii a nezájmu lidí o společnost, prostředí a širší souvislosti. Ideálem je zplnomocněná komunita. Zapojení obyvatelů dané lokality do věcí, které se jich týkají, umožňuje aktivně řešit situace a nejenom očekávat, zda ji vyřeší úředníci, politici nebo někdo jiný. Občané jsou však často pasivní, například z důvodu preference života v soukromí, neinformovanosti a neuvědomování si důsledků, pocitem, že změnu má udělat někdo jiný, anebo že změna není možná. Na druhou stranu existuje mnoho angažovaných lidí, kteří mají mnoho motivů proto být aktivní, úlohou organizátorů je tedy oslovit lidi s různorodou motivací a participovat je. Existuje několik forem participace, například diskuze s veřejností, podepisování peticí, konfrontace jako extrémní forma, partnerství a spolupráce jako ideální forma. Podle toho, s jakým problémem se setkáváme, užíváme různé techniky participace, v našem prostředí se nejvíce osvědčilo komunitní plánování a aktivity s ním spjaté. (Šťastná, 2016)

Další oblastí je **podpora vzájemnosti, solidarity a sociálního kapitálu**. Šťastná uvádí, že v postmoderním a globalizovaném světě je těžké najít společné zájmy komunity, které by ji udržovaly a stmelovaly. Konsekvenčně vznikají různé koncepce a projekty mající za cíl zvýšit kvalitu místního života právě na základě komunitních a sociálních vazeb, příkladem lze uvést komunitní péči o seniory. Nezastupitelnou roli má také sociální kapitál, kterým rozumíme „... *souhrn zdrojů, které může určitá osoba využít, protože se zná s jinými lidmi. Je to souhrn užitečných sociálních kontaktů, styků a známostí.*“

(Šťastná, 2016, s. 42) Znakem sociálního kapitálu v komunitě je dle popisu Šťastné důvěra, reciprocita, zodpovědnost k místu, solidarita napříč sociálními skupinami, zájem o věci veřejné, tolerance a členství ve spolcích. (Šťastná, 2016) Pomocí zmíněných projektů se napomáhá ke zvyšování sociálního kapitálu znevýhodněných a solidarita se vzájemností je pak zapotřebí zejména ze strany komunity k těmto lidem.

Participovat a sjednocovat komunitu je množné prostřednictvím komunitního plánování a metod či technik, které z něho vycházejí. Šťastná říká, že za zmínku stojí **akční plánování** představující strukturované setkání spolupracujících zainteresovaných složek komunity s odborníky z různých oborů při řešení místního rozvoje, dále **plánovací víkendy** pořádající se s cílem zapojit širokou veřejnost do diskuze o nějakém projektu, přičemž samotní občané přicházejí se svými vlastními představami a návrhy, a **tvorba vize komunity**, kdy se setkávají komunitní aktéři a vytváří společnou vizi budoucnosti a zapojují velkou skupinu lidí, která má potřebné informace k dané problematice, nebo se jí přímo týká. Významnou technikou je také **komunitní plánování sociálních služeb**, kdy se jedná o proces mapování, vyhodnocování a zkvalitňování sociálních služeb v konkrétním kraji či obci, s cílem vytvořit takovou nabídku služeb, která naplňuje potřeby občanů a pomáhá jim tak v jejich nepříznivé životní situaci. (Šťastná, 2016)

Komunitní plánování výrazně napomáhá v inkluzi marginalizovaných skupin a prevenci sociálního vyloučení. Matoušek uvádí, že termín sociální vyloučení označuje „...komplexně podmíněnou nedostatečnou účast jednotlivce, skupiny nebo místního společenství na životě celé společnosti, resp. nedostatečný přístup ke společenským institucím zajišťujícím vzdělání, zdraví, ochranu a základní blahobyt. Sociální vyloučení může mít různou úroveň a měnit se v čase. Fakticky znamená život v chudobě, bez účasti na trhu práce (u mladých lidí bez účasti na systematickém vzdělávání), bez přiměřeného bydlení, bez dostatečného příjmu, obvykle v izolaci či v malé skupině podobně deprivovaných lidí pohybujících se na okraji společnosti.“ (Matoušek, 2008, s. 205) Mezi osoby, které jsou ohrožené sociálním vyloučením, dle Šťastné patří problémové (nefunkční) rodiny, etnické menšiny, imigranti a azylanti, osoby bez přístřeší, osoby opouštějící výkon trestu odnětí svobody, oběti trestné činnosti, matky samoživitelky, dlouhodobě nezaměstnaní, osoby pod hranicí chudoby, senioři, jedinci se zdravotním a duševním onemocněním a další. (Šťastná, 2016)

2 Schizofrenie

Tato diplomová práce se zaměřuje na práci s konkrétní cílovou skupinou, která trpí závažnou duševní poruchou, jíž je schizofrenie. Vzhledem k důležitosti vymezení projevů, průběhu, léčby a dalšího, je celá následující kapitola věnována právě popisu tohoto onemocnění. Nicméně před vymezením této konkrétní nemoci je třeba popsat duševní poruchy jako takové v obecné rovině.

Duševní poruchy jsou termínem, který zahrnuje velké množství nemocí, které mají značný vliv na jedince, kteří nimi trpí. Nezasahují pouze do života daných osob, ale také jejich rodin, blízkých i společnosti jako celku. Jedinci, kteří vykazují jisté odlišnosti, nemusí být vnímáni jako normální, přičemž za normální bývá považováno to, co je v dané společnosti a kultuře obvyklé. **Sociokulturní pojetí normality** dle Vágnerové pojednává o vázanosti norem na hodnoty a postoje v konkrétní době, na konkrétním místě a v konkrétní skupině lidí. Společenská kritéria vymezují, co je danou normou ve vztahu k tradici. Takové pojetí se pak odráží na tom, co si společnost obecně o odlišných jedincích myslí (Vágnerová, 1999). Zdraví je zvláštním případem normálního, nemoc či porucha případem abnormálního (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015).

K diagnostikování konkrétní duševní poruchy dochází, jestliže její posouzení odpovídá alespoň pěti z devíti znaků ustanovených v celosvětově uznávaných klasifikačních systémech. V současnosti se k tomuto účelu využívá Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů, revize desátá (dále jen MKN-10), publikována Světovou zdravotnickou organizací (dále jen WHO).

Matoušek definuje duševní poruchu využívaje názvosloví **duševní nemoc**. Uvádí, že se jedná o takovou nemoc, jež se projevuje poruchami prožívání a mezilidských vztahů. Chronickou duševní poruchou je pak podle Americké psychiatrické asociace duševní nemoc, která se zhoršuje vždy po dobu více než šesti měsíců (Matoušek, 2008). Dle WHO duševní poruchy zahrnují širokou škálu problémů s různými příznaky, které jsou obecně charakterizovány kombinací abnormálních myšlenek, emocí, chování a vztahů s ostatními. Příkladem je schizofrenie, deprese, mentální postižení a poruchy způsobené zneužíváním drog. Většina z těchto poruch lze úspěšně léčit (WHO, 2016, online). Mahrová uvádí, že poruchu duševní činnosti lze spolehlivě rozpoznat a je natolik

závažná, že může způsobit ztrátu pracovní schopnosti i sociálního postavení, a to v takovém stupni, který může být hodnocen jako selhání (Mahrová in Mahrová, Venglářová a kol., 2008).

V kontextu s touto kategorií duševních poruch se lze setkat s pojmem **psychóza**. Kalina uvádí, že se jedná o termín složený ze dvou slov, z řeckého *psyché*, které překládáme jako duše, a koncovky – *óza*, která se v medicíně používá ve významu nemoci, jedná se tedy o pojem značící duševní onemocnění. „*Psychóza zásadně mění způsob, jak člověk prožívá sám sebe, druhé lidi a společný svět – ten ustupuje do pozadí a na jeho místo se dostává svět přeludů a fantazií, ve kterém je člověk uzavřen, začleňuje se do něj svými city, myšlením a jednáním a odtrhává se od druhých lidí a jejich reality, která se mu zdá cizí.*“ (Kalina, 1987, s. 14)

MKN-10 specifikuje **druhy duševních poruch a poruch chování** do několika oblastí, které lze najít pod označením F00–F99. Jedná se například o organické duševní poruchy, poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek, afektivní poruchy, poruchy osobnosti a chování u dospělých, mentální retardace, schizofrenie a poruchy schizotypální a další. (WHO/ÚZIS ČR, 2014, online) Diplomová práce se orientuje konkrétně na oblast F20-F29, tedy na schizofrenii. Z tohoto důvodu je schizofrenie jediným druhem duševních poruch, který bude popisován.

Schizofrenie je závažnou psychickou poruchou, která je dle Duška a Večeřové-Procházkové charakterizována poruchami myšlení, vnímání a osobnosti. Mezi významné projevy patří porucha emotivity kvalitativního charakteru, tedy emoční nepřiměřenost, oploštělost, chudost. (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015)

Tato duševní porucha postihuje lidi po celém světě a existuje již odpradáвна. Smolík popisuje, že existuje 3400 let starý fragment, který popisuje takové projevy, které lze charakterizovat u schizofrenie, je na něm uvedeno, že se jedná o „*stav, který je způsobený d'áblem a projevuje se žravostí, oplzlostmi, svlékáním se do naha, ztrátou paměti a nezvyklými způsoby pohybu.*“ (Smolík, 1996, s. 147). Dušek s Večeřovou-Procházkovou popisují, že pojem schizofrenie byl zaveden v roce 1911 Bleulerem. Jedná se o termín složený ze dvou řeckých slov, *schizo* v překladu „štěpím“ a *fren* znamenající

mysl. Proto se schizofrenie překládala jako rozštěp mysli, avšak přesnější je termín rozpad mysli (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015).

2.1 Etiologie a epidemiologie

Vágnerová uvádí, že etiologie schizofrenie je různorodá, obecně lze však říci, že se jedná o důsledek vzájemného působení dědičných dispozic a vyvolávajících podnětů. Dědičná dispozice se může projevovat zvýšenou zranitelností a nižší frustrační tolerancí, takže i běžná zátěž, jako je odmítnutí partnerem či vstup do nového zaměstnání, může u takového jedince vyvolat schizofrenní onemocnění (Vágnerová, 1999). Češková dodává, že mezi rizikové faktory patří i onemocnění spojená se závažnou dysfunkcí centrální nervové soustavy, komplikace během těhotenství či porodu nebo abúzus návykových látek a vývojový stres. Navíc uvádí, že vliv mají i sociální faktory, jako je příslušnost k nižší sociálně ekonomické skupině a život v městských aglomeracích s větší hustotou obyvatelstva. Lze to vysvětlit tak, že frustrace či stres spojený se sociálně ekonomickou deprivací může být vyvolávajícím podnětem pro vznik této choroby. Dalším rizikovým faktorem může být i imigrace a potíže s adaptací v nové kultuře. Hovoří se také o geografickém vlivu, více jedinců trpících schizofrenií se totiž narodí na severní polokouli v lednu a březnu, a na jižní polokouli v červenci a srpnu. (Češková, 2007).

Češková uvádí prevalenci schizofrenie, která se pohybuje okolo 1 %, incidence je u obou pohlaví stejná, jedná se přibližně o dva až čtyři případy na deset tisíc ročně. U mužů se tato choroba začíná objevovat nejčastěji mezi 15. a 25. rokem, u žen je to o něco později, uvádí se rozmezí mezi 25. a 35. rokem. Průběh nemoci se může mezi pohlavími lišit, například ženy nejsou tak často hospitalizovány jako muži a dokáží lépe sociálně fungovat, je to tak díky vlivu estrogenu na dopaminergní systém (Češková, 2007). Dle Vágnerové se onemocnění objevuje nejčastěji v době přechodu k dospělosti, mezitím co se jedinec odpoutává od své nukleární rodiny a osamostatňuje se. (Vágnerová, 1999). Pavlovský hovoří o biografických faktorech ovlivňujících vznik této nemoci. Genetický vliv se nedá zpochybnit, což dokazují například studie dvojčat, kdy pravděpodobnost onemocnění zdravého dvojčete je průměrně 50 %, i když každé z nich vyrůstá v zcela odlišném prostředí, jestliže se jedná o heterozygotní sourozence, tak možnost onemocnění

toho zdravého je kolem 8 %, a v případě schizofrenie u jednoho z rodičů je možnost vzniku tohoto onemocnění u jeho dítěte zhruba 12 % (Pavlovský, 2006).

2.2 Symptomatika

Pro diagnostikování schizofrenie je důležité posoudit symptomatiku, která se běžně dělí na pozitivní a negativní. Dušek a Večeřová-Procházková uvádí, že pod **pozitivní symptomatikou** si lze představit takové příznaky, které svými projevy jakoby rozšiřují aktivitu psychiky, řadí se mezi ně například halucinace, bludy, vzrušenost nebo tzv. katatonní symptomatika, do které v tomto případě patří bizarní projevy, impulsy, stereotypie, chorobné napodobování apod. **Negativní symptomatikou** rozumíme takové projevy psychiky, které ji nějakým způsobem ochuzují, jedná se třeba o psychomotorický útlum, zpomalenou reaktivitu, neschopnost jednat cílevědomě a uvědoměle, nerozhodnost, ztrátu spontaneity, autismus a do katatonní symptomatiky se řadí negativismus, stupor nebo katalepsie, tedy chorobná strnulost svalstva apod. (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015)

V kontextu se schizofrenií se často hovoří o poruše myšlení, nejčastěji v souvislosti s bludy a halucinacemi, které mohou být nebezpečné jak pro samotného jedince, tak případně i pro jeho okolí. Poruchy myšlení však zahrnují širší výčet symptomů. Vágnerová uvádí, že způsob, kterým jedinec trpící schizofrenií přemýšlí, se může jevit nesmyslný, důvodem je jeho neschopnost souvislého uvažování postrádajícího kontext, která souvisí s jeho individuálním světem halucinací a bludů. Takovýto jedinec může často lpět na jedné myšlence nebo má naopak chaos v jejich velkém množství. S poruchou myšlení souvisí nesprávná orientace v realitě i změny v sebehodnocení. Veškeré změny si potřebuje vysvětlit tak, aby zapadaly do jeho interpretace světa. „*Jestliže by např. začalo silně pršet, může to být znamení, že už pršet nepřestane a nastane potopa.*“ Souvislosti jsou hledány i tam, kde nejsou, náhody neexistují. (Vágnerová, 1999, s. 178-179)

Vágnerová dále hovoří o tom, že člověk se schizofrenií neumí adekvátním způsobem zpracovat běžné informace, zhodnotit je a zapamatovat. Typické jsou také pocity cizosti v oblasti myšlenek, citových hnutí i vlastního těla. Takto nemocní lidé mohou mít dokonce problém poznat svoje rodiče, ztrácí sami sebe a svoji identitu. (Vágnerová, 1999)

2.3 Průběh a prognóza

Češková uvádí, že prvnímu projevu schizofrenie předchází různě dlouhá **prodromální období**, v kterých se objevují různé prodromální příznaky (Češková, 2007). Vágnerová popisuje následující symptomy:

- precitlivělost a slabost ega (nezvládnutí úzkosti a schopnosti prožívat radost a neschopnost ovládat vlastní impulzivitu),
 - nápadnější introvertní zaměření (uzavřenost, neschopnost prožívat a vyjadřovat emoce),
 - omezená samostatnost (vázanost na blízké osoby a známé prostředí),
 - obtíže v mezilidských vztazích (ambivalentní kombinace závislosti na poskytované péči a pohodlí, a kritičnost až podceňování těch, na které je nemocný vázán),
 - nižší výkon (v důsledku neschopnosti efektivně zpracovávat nové informace a adaptovat se na nové situace, což se projevuje v zaměstnání, škole apod.).
- (Vágnerová, 1999)

Pavlovský uvádí, že **schizofrenie může probíhat v několika formách**, chronicky bez přechodného zlepšení nebo v atakách s narůstajícím nebo stabilním defektem, případně v atakách s remisemi částečnými nebo úplnými (Pavlovský, 2006). Češková popisuje, že přibližně jedna třetina nemocných se po jedné nebo několika atakách zcela vyléčí a znovu se navrací do normálního života. Další třetina se potýká se střídajícími se epizodami schizofrenie a remisemi, v kterých se nemocní však nedokáží navracet se do svého zaměstnání a musí jim být uznán invalidní důchod. Poslední třetina celoživotně bojuje s příznaky psychózy, a ačkoliv se léčí, tak již nedokáží vést samostatný život a musí se o ně postarat rodina nebo zdravotnické zařízení. Po prodělání jedné epizody se do normy nedokáže vrátit 8 % jedinců, po několika epizodách 35 % jedinců. (Češková, 2007).

Prognóza každého pacienta je závislá na mnoha proměnných a je velmi různorodá, například Vágnerová uvádí, že schizofrenie, která má náhlý a prudký počátek, má lepší prognózu než ta, která začíná pomalu a plíživě. (Vágnerová, 1999)

Höschl a Wenigová popisují, že přibližně jeden ze čtyř lidí se do pěti let zcela vyléčí a další léčbu nepotřebuje. U většiny ostatních se v různé míře příznaky umírňují. Zhruba každý druhý jedinec se schizofrenií prožívá dlouhá období remise, kdy se neobjevují

žádné příznaky, tato období jsou však přerušována občasnými relapsy, které jsou doprovázeny návratem některých symptomů. To, jak často a v jaké závažnosti relapsy přicházejí, se velmi liší a často to dost závisí na kvalitě péče a sociální podpory, která se danému jedinci dostává. Uvádí se, že asi u 10 % všech nemocných problémy přetrvávají po zbytek jejich života, některé symptomy však může zmírnit léčba. (Höschl a Wenigová, 2004)

Na prognózu lze dle Vágnerové nahlížet i z genderového hlediska. Předpokládá se, že ženy mívají prognózu lepší než muži. Zdůvodnit to lze na jednu stranu tak, že jejich projev adaptability je obecně lepší, na druhou stranu to může souviset i s tím, že u žen vzniká schizofrenie později. (Vágnerová, 2004)

Průběh i prognóza nemoci pacientů se schizofrenií přímo souvisí s vlivem léčby. Kolektiv autorů monografie Schizofrenie uvádí, že léčba je v současnosti mnohem efektivnější zejména proto, že vedle neuroleptik a elektrokonvulzí, čím dál více rozvíjí sociální oblast léčby, a tak přibývá mnoho pacientů, kteří jsou schopni se sami o sebe postarat nebo pouze jen s mírnou pomocí. Navíc se výrazně snížil počet hospitalizovaných pacientů i těch, kteří vlivem této duševní nemoci spáchali sebevraždu. (Schizofrenie, 2003)

2.4 Diagnostika a klasifikace

V současnosti diagnostikujeme schizofrenii dle kritérií MKN-10. Dušek a Večeřová-Procházková uvádí dvě skupiny obecných kritérií, přičemž z té první musí být přítomný alespoň jeden příznak nebo alespoň dva příznaky z té druhé.

1. **Skupina příznaků.** Ozvučování myšlenek, imputace nebo amputace myšlenek. Bludy vedoucí k ovlivňování, kontrolování. Jiné bludy nepatřičné v dané kultuře (náboženská a politická identita, nadlidské síly či schopnosti). Sluchové halucinace komentující chování nebo hovořící mezi sebou či přicházející z jiných částí těla.
2. **Skupina příznaků.** Přetrvávající halucinace doprovázené bludy vyskytující se každý den alespoň po dobu jednoho měsíce. Inkoherece, tedy nesouvislé myšlení. Katatonní projevy jako vzrušení, mutismus, negativismus, stupor a další. Negativní symptomy (uvedené v podkapitole „Symptomatika“). (Dušek a Večeřová-Procházková, 2015)

Schizofrenii nelze vnímat jako onemocnění, které se vždy projevuje stejným způsobem, můžeme se setkat s několika jejími formami, avšak ani tyto formy se nemanifestují stejně u každého nemocného jedince. Velký vliv na onemocnění i jeho projevy má osobnost nemocného, zda se nemoc projevuje v atakách, remisích či chronicky a způsob léčení.

Paranoidní schizofrenie

Jedná se o nejčastější formu schizofrenie, která je dle Pavlovského charakteristická zejména perzekučními bludy a sluchovými halucinacemi. Vyskytují se také intrapsychické halucinace v podobě přesvědčení o vlastních telepatických schopnostech nebo telepatických schopnostech někoho jiného vůči nemocnému (Pavlovský, 2006). Vágnerová uvádí, že pacient je často přesvědčen o tom, že mu v rámci pronásledování hrozí zničení nebo že bude využit k účelu nadpřirozených sil. (Vágnerová, 1999).

Dušek a Večeřová-Procházková uvádí, že se vyskytují například náhlé afektivní raptý, podrážděnost, zlostné projevy, úzkost a strach. Nálada bývá podřízena bludům a halucinacím, bývá spíše depresivní a emoční projevy jsou oploštělé, avšak méně než u jiných druhů schizofrenie. (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015)

Paranoidní forma schizofrenie vzniká v pozdějším věku, zpravidla kolem 40. až 45. roku, samozřejmě se však lze setkat s výjimkami. (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015)

Hebefrenní schizofrenie

Dle Pavlovského se jedná o formu typickou pro adolescentní věk, proto je mnohdy problém si v jejích počátcích uvědomit, že se nejedná pouze o bouřivý průběh puberty. Typickými projevy jsou dezorientované myšlení, pseudofilozofování, neadekvátní afektivita, grimasování, zvláštní zdobivost a ztráta citových vztahů. Bludy a halucinace nejsou běžné. (Pavlovský, 2006)

Katatonní schizofrenie

Pavlovský popisuje, že tato forma schizofrenie je již velmi vzácná. Projevuje se poruchou chování, přičemž se vyskytuje ve dvou podobách, produktivní a neproduktivní. Příznaky neproduktivní podoby této choroby jsou například neobvyklé pohyby, impulzivní činy, vzrušenost, stereotypie v motorickém i verbálním projevu. Neproduktivní katatonní

schizofrenie se projevuje stuporem, negativismem, vzácně i *flexibilitas cerea* označující výraznou pasivitu určité části těla, kterou je možné jednoduše nastavit do určité polohy, v níž potom dlouho setrvává. (Pavlovský, 2006)

Simplexní schizofrenie

Jedná se o formu schizofrenie, již popisuje Pavlovský jako pomalu se vyvíjející bez přítomnosti pozitivních příznaků. Negativním příznakům dominuje prohlubující se autismus, nelogické myšlení, emoční otupělost, neuvědomělé a necílevědomé jednání. Nemocný se izoluje a nechce navazovat žádné sociální kontakty, mnohdy jen leží a neprojevuje jakýkoli zájem. (Pavlovský, 2006). Tato forma schizofrenie obvykle vzniká v době dospívání, mezi 15. a 20. rokem (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015).

V MKN-10 se uvádí i další formy schizofrenie, jedná se o nediferenciovanou schizofrenii, postschizofrenní depresi, reziduální schizofrenii a oblast jiných schizofrenií jako je Hubertova schizofrenie. (WHO/ÚZIS, 2014, online)

2.5 Léčba

Schizofrenie je duševní nemoc, která ačkoliv se může po jejím vzniku projevovat mnoho let i celý zbytek života, tak lze efektivně léčit. Nejvhodnějším přístupem k léčbě takto nemocného jedince je přístup multidisciplinární realizovaný pod odborným dohledem. Zapotřebí je nemocnému naordinovat nejenom léky, tzv. antipsychotika, ale také vhodnou psychoterapii, socioterapii a další. Za efektivní způsob organizování různých druhů pomoci schizofrennímu jedinci lze považovat metodu case managementu. Nemocný spolupracuje s konkrétní neziskovou organizací a je pravidelně v kontaktu se sociálním pracovníkem. Podporována je zejména soběstačnost v přirozeném prostředí, během toho, co jsou zajišťovány nejvhodnější služby k léčbě konkrétního jedince. Nemocný se tak dostává do odborných rukou nejen sociálního pracovníka věnujícího se problematice duševních chorob, ale také psychiatra, psychoterapeuta apod. Více o této metodě je uvedeno ve třetí kapitole. V následujícím textu bude uveden základní přehled možností léčby a terapie.

Psychofarmakologická léčba. Dle Vágnerové se využívá k uklidnění, zvýšení odolnosti a regulaci psychických projevů. Zmírňují se akutní a pozitivní příznaky nemoci,

ale nemusí zcela vymizet. Schizofrenie je léčitelná, pokud nemocný užívá předepsané medikamenty tak, jak je pro něj vhodné. Jestliže je nemocný v akutní fázi onemocnění bývá obvyklé ho hospitalizovat, dokud se mu jeho stav nestabilizuje. (Vágnerová, 2004)

Pěč a Probstová uvádí, že klasická antipsychotika s sebou přináší i mnoho vedlejších účinků, především tzv. extrapyramidový syndrom projevující se svalovou ztuhlostí, třesem, zpomalením pohybů a snížením mimiky. Po dlouhém užívání těchto léků se navíc mohou začít objevovat mimovolní pohyby kolem úst nebo končetin. Dalším nežádoucím příznakem bývá vnitřní neklid, trávicí obtíže, nadměrný útlum a jiné, na druhou stranu se u nich může objevovat nadměrná chuť k jídlu vedoucí případně k obezitě či cukrovce a cévním chorobám. Lék zvaný Clozapin dokonce může vyvolávat epileptické záchvaty. Tyto léky je třeba užívat i několik let potom, co příznaky choroby odeznějí, někdy se však pacienti rozhodnou ignorovat rady lékaře a přestávají je užívat, kvůli čemuž může dojít k relapsu, a právě z těchto důvodů je lék někdy podáván i injekčně v tzv. depotní formě a jeho účinek přetrvává 2-4 týdny. (Pěč a Probstová, 2014)

Psychoterapie. Vágnerová popisuje, že slouží k podpoře nemocného jedince a učí ho zvládat svoji nemoc, porozumět sobě samému a podstatě své nemoci, a věnuje se zlepšování sociálních dovedností (Vágnerová, 2004). Mahrová uvádí, že se jedná o nedílnou součást léčby o duševně nemocné, která je v kompetenci psychiatra, psychologa nebo psychoterapeuta či sociálního pracovníka erudovaného v nějakém z psychoterapeutických směrů. V současnosti se velmi využívá ekletticko-integrativní přístup, který z každé směru využívá to nejcennější a nejužitečnější. V České republice se dále využívá například hlubinná psychoterapie, rogersovský přístup, kognitivně-behaviorální psychoterapie, gestalt terapie a další (Mahrová, 2008).

Socioterapie. Dle Vágnerová se zaměřuje na aktivizaci nemocných a podporu rozvoje mnoha praktických činností. Jejím cílem je dosáhnout přijatelné sociální adaptace a sociální integrace v oblasti bydlení i zaměstnání. Pro efektivní léčbu nemocného je potřeba spolupracovat nejenom s ním, ale i s jeho rodinou a jeho přirozeným prostředím, s cílem redukovat a modifikovat možné zdroje napětí. Rodina může být nápomocna při aktivizaci nemocného, který potřebuje mít zorganizovaný denní režim a program. Jestliže je jedinec trpící schizofrenií sám, má tendenci se izolovat a nic nedělat. Lze se však setkat se situací, kdy rodina nemocného odmítá, v takovém případě je

alternativním řešením chráněné bydlení nebo tréninkové či terapeutické byty, které jsou přechodnou variantou mezi institucí a naprostou samostatností, které lze mnohdy jen těžce dosáhnout. V aktivizaci nemocného a jeho sociálním adaptování může pomoci pracovní zařazení, avšak návrat do zaměstnání nebývá z důvodu nemoci zcela snadný. (Vágnerová, 2004)

Mahrová popisuje, že socioterapie se orientuje také na zacházení s vlastními potřebami. Mnohdy je uspokojování potřeb výrazně narušeno anebo není člověk ve shodě se společností tím, jak tyto potřeby naplňuje. Veškerá práce s nemocným by tedy měla vést k tomu, aby byl schopen samostatně žít a jednat v sociálním a politickém prostředí dané společnosti. Terapie má za cíl pomoci v získání potřebných kompetencí a dovedností, jak takovým situacím předcházet a jak je řešit. (Mahrová, 2004)

2.6 Mýty

Schizofrenie je často diskutovanou problematikou, o které většinová společnost nemá dostatečné informace, proto může docházet k dezinterpretaci této nemoci a v souvislosti s tím ke vzniku mýtů nebo smyšlenek, které mohou vést ke stereotypnímu odmítání jedinců s touto chorobou.

Höschl a Wenigová uvádí, že lidé se nejčastěji o schizofrenii dozvídají prostřednictvím médií, která ji popisují jako nějakou senzaci, a proto pouze málo lidí ví, co ve skutečnosti znamená. Ačkoliv se jedná o běžné onemocnění, televize a noviny ji popisují nesprávně, což způsobuje to, že schizofrenie vypadá hrozivější, než ve skutečnosti je. Pravdou je, že je to onemocnění, které lze vyléčit a pouze zřídka dochází k agresivitě takto nemocných lidí v souvislosti s jejich nemocí. (Höschl a Wenigová, 2006)

Höschl a Wenigová dále uvádí **10 věcí, které by měl každý o schizofrenii vědět**. Jedná se o následující informace:

- Schizofrenie je léčitelné onemocnění, z něhož se jeden ze čtyř lidí do pěti let vyléčí. U ostatních se příznaky zmírňují a zlepšuje duševní pohoda.
- Lidé se schizofrenií mohou i s touto nemocí dosahovat velkých úspěchů, příkladem může být držitel Nobelovi ceny John Nash a mnoho dalších.

- Lidí se schizofrenií nemají rozdvojenou osobnost. Mohou se chovat někdy zvláště, ale nikdy se náhle nemění v jinou osobnost.
 - Jestliže jedinec se schizofrenií, ačkoliv na sobě již nemoc nepozoruje, přestane brát léky, tak se opětovně mohou začít objevovat příznaky a stav se zhoršuje.
 - Pouze velmi výjimečně jsou lidé s touto nemocí nebezpeční.
 - Schizofrenii nemají na svědomí rodiče nemocných.
 - Lidé se schizofrenií nejsou líní, nedostatek energie je příznakem jejich nemoci.
 - Péče o takto nemocné jedince je náročné a někdy vyčerpávající či frustrující, ale pomoc druhému, aby znovu obnovil svůj život, může přinést neobyčejné osobní uspokojení.
 - Lidé se schizofrenií mohou slyšet nebo vidět věci, co ostatní ne, a ačkoliv to okolí absolutně nechápe a považuje za neuvěřitelné, pro takto nemocné jedince to je realita.
 - Dojde-li k relapsu, může mít jedinec problém se znovu navrátit na předchozí úroveň duševní pohody, proto je nutné navštěvovat terapeutická sezení a užívat léky.
- (Höschl a Wenigová, 2006)

Valentová také uvádí mýty, které se v laické společnosti tradují, přičemž zdůrazňuje tři nejčastější. Zaprvé, schizofrenie je nevléčitelné onemocnění. Zadruhé, pacienti se schizofrenií mají většinou sklon k násilí a jsou nebezpeční. Zatřetí, lidé se schizofrenií jsou nespolehliví a nemohou soustavně pracovat. (Valentová in Mahrová, Venglářová a kol., 2008)

Dyrehaug popisuje další mýty, dle ní se lze setkat například s tím, že si lidé myslí, že všichni jedinci trpící schizofrenií mají stejné příznaky, nebo že se jedná o charakterovou vadu, že schizofrenie přichází bez varování nebo že se jedná o čistě genetické onemocnění. Časný mýtus je také ten, že lidé se schizofrenií nemohou vést produktivní život a že musí být hospitalizováni, přitom se nemocní mohou naučit zvládat své ataky nemoci ambulantní formou léčení. Klíčové je brát předepsané medikamenty a docházet pravidelně k lékaři, pak pokud se naučí rozpoznávat příznaky své nemoci a pracovat s přicházející atakou, mohou vést šťastný a produktivní život. Pouze jedna třetina nemocných podléhá nemoci po většinu svého života. (Dyrehaug, 2010, online)

2.7 Sociální aspekty

Vágnerová hovoří o tom, že schizofrenii můžeme ze sociálního hlediska považovat za výrazně stigmatizující onemocnění. Jestliže člověk neví, jak tato nemoc vzniká, tak si to vysvětluje mnoha způsoby, většinou iracionálně. Na začátku není jednoduché určit, že se jedná skutečně o schizofrenii. Jedinec je úzkostný, podrážděný, vztahovačný, unavený, nesoustředěný, brzy se začíná izolovat a odmítá kontakt s vnějším světem. Rodina si uvědomuje, že se jedinec změnil a chová se zvláště, ale není snadné se s ním domluvit, takže nadále nechápe důvod změny. Neznalost nemoci ovlivňuje i možnosti nápravy a léčby. Po diagnostikování schizofrenie není pro rodinu jednoduché tuto skutečnost přijmout. Hospitalizaci pro svého blízkého odmítají, protože nikdo z rodiny přece není „blázen“. Trpí tím, stydí se, tají to, nebo dokonce chápou nemoc jako selhání či slabost, což celkově vede k tomu, že začínají omezovat kontakty se svým okolím. Po nějaké době však rodina nemoc přijímá, přičemž za ni může vinit sama sebe nebo jiné lidi vyskytující se okolo nemocného. Jinou reakcí na přijetí nemoci je zklamání, zlost a hněv, jakožto emoční vyjádření nezpracované zátěže. Po uvědomění si, že člen rodiny je skutečně nemocný, následuje hledání pomoci a léčby, která může být chápána jako neefektivní, protože trvá déle, než rodina očekávala. Bezmocnost z dlouhodobé léčby, případně střídání různých léčeb, může vést k rezignaci rodinných příslušníků. Jestliže však rodina zaujme realistický postoj, může vše zvládnout, ale bohužel se stává, že tak velkou zátěž nezvládne a nemocný musí jít do ústavní péče. (Vágnerová, 2014)

Schizofrenií není zasažena pouze rodinná sféra sociálního bytí, život jedince se může změnit komplexně. V důsledku nemoci člověk nemusí být průceschopný, takže placení běžných výdajů se může stát problémem. Snadno se může zadlužit, případně se stát bezdomovcem. V jiných případech nemoc může souviset či vzniknout v důsledku užívání návykových látek a jejich další užívání znesnadňuje léčbu a návrat do běžného života. Může dojít k celkovému úpadku osobnosti. Člověk se může dokonce projevovat autoagresivně a mít suicidální tendence. Schizofrenie tedy může jít ruku v ruce s rozpadem rodiny, nezaměstnaností, bezdomovectvím, závislostí na alkoholu či jiných návykových látkách, sebevraždností a dalšími. Kvůli těmto vážným důsledkům nemoci a jiným je nutné uvědomit si, že k vyléčení a návratu do společnosti je pomoc nezbytná, a nejenom pomoc lékařská, ale i pomoc sociální, pomoc od blízkých a celé komunity.

3 Komunitní péče zaměřená na jedince se schizofrenií

V předchozích kapitolách byla popsána komunitní práce, pojmy s ní související a schizofrenie. Tato kapitola nazvaná *Komunitní péče zaměřená na jedince se schizofrenií* se zaměřuje na sloučení těchto témat v jedno ucelené. Pozornost je zaměřena zejména na popis komunitní péče, služby a systém péče o lidi s duševním onemocněním. Vymezení informací v této kapitole je stěžejní především v kontextu s výzkumným šetřením. Může dokonce docházet k prolínání odpovědí dotazovaných s informacemi v této kapitole.

Van Weeghel uvádí, že na osoby s psychickými poruchami je třeba nahlížet jako na heterogenní skupinu, ve které se vyskytují lidé různého věku, s různými poruchami a různými potřebami. Liší se od sebe navíc i tím, v jaké socio-ekonomické pozici jsou, kulturou, v které žijí nebo z které pochází, a v neposlední řadě také potřebami a přáními, které souvisí s jejich pohlavím. S tím souvisí i poskytování profesionální péče. Někteří lidé využívají běžnou psychiatrickou zdravotnickou péči, pro jiné jsou vhodnější sociální služby, a další vyhledávají například neformální péči či podporu. Všichni tito lidé však mají jedno společné, a to jistá omezení pramenící z jejich nemoci, premorbidních vlastností osobnosti, nepříznivých životních okolností, například nízkého příjmu či dlouhodobého pobytu v psychiatrickém zařízení, či sociálních bariér jako je stigmatizace, nedostupnost úřadů apod. (van Weeghel in Pěč a Probstová, 2009)

V rámci komunitní péče hovoříme o člověku se schizofrenií jako o dlouhodobě duševně nemocném. Probstová dle Goldmana říká, že *„dlouhodobě duševně nemocní jsou ti jedinci, již trpí duševní poruchou (organická poškození CNS, schizofrenie, depresivní nebo manická porucha, paranoidní či jiná psychóza) či jiným onemocněním, které se může stát dlouhodobým a může snížit funkční kapacitu či nepříznivě ovlivňuje tři a více z následujících základních aspektů denního života: osobní hygienu a sebeobsluhu, směřování(cíle), mezilidské vztahy, sociální transakce, učení a rekreaci, ekonomickou soběstačnost.“* (Probstová in Matoušek, Koláčková a Kodymová, 2010, s.136)

Van Wegheel popisuje, že jedinci s psychickým onemocněním často vnímají svůj život negativněji, úroveň jejich spokojenosti a hodnocení života je nižší, mívají užší sociální síť a nedostatečnou sociální podporu. Je pro ně těžké vést běžný život, chodit pravidelně do práce, studovat či držet zodpovědnost za rodinu či chod domácnosti, proto potřebují

profesionální pomoc a v rámci ní širokou a všestrannou nabídku péče. Velký vliv na každého jedince má přitom prostředí, ve kterém se pohybuje, proto je zapotřebí využít jeho potenciálu. „I Warr zdůrazňuje ve svém modelu psychického zdraví, že osoba (její charakteristiky) a prostředí (jeho charakteristiky) se vzájemně ovlivňují. Přitom je třeba pozitivní vlastnosti prostředí výslovně chápat jako příležitosti nebo možnosti... jednotlivci musejí být otevřeni pozitivním externím vlivům a přistupovat ke svému prostředí, pokud možno s vlastními cíli.“ (van Weeghel in Pěč a Probstová, 2009, s. 18) Van Weeghel chápe poskytování pomoci jako umožňování klientovi, aby se naučil, jak je jeho prostředí uspořádáno, jak pro něj může být prospěšné a jak ho využít. Klient je motivován, aby jednal sám, ale poskytovatel péče mu napomáhá, aby prostředí zvládnul využít vzhledem k vlastním cílům. (van Weeghel in Pěč a Probstová, 2009)

Valentová hovoří o tom, že optimální zajištění péče o klienty s psychotickým onemocněním, probíhá v rámci komunitního přístupu, který nabízí pestrou a vzájemně propojenou nabídku služeb. Propojuje totiž nejenom jednotlivé sociální služby, ale také služby zdravotní. (Valentová in Mahrová, Venglářová a kol., 2008) Tato kapitola se proto zabývá komunitní péčí ve vztahu k osobám s psychotickým onemocněním, kterým je mimo jiné i schizofrenie, která je podstatnou součástí této diplomové práce.

3.1 Duševní poruchy a společnost

Výraz duševní porucha se v odborné literatuře objevuje až v posledních letech, předtím se užíval pojem duševní onemocnění. Avšak takováto pojmenování se neužívala odjakživa. Duševní choroby se ve společnosti vyskytují tak dlouho, jak je sama společnost stará, proto není překvapením, že se o této problematice hovořilo již za dob starověkého Řecka apod. Dnes však chápeme výrazy užívané ve starších dobách spíše pejorativně. O duševních chorobách se hovořilo jako o šílenství a o lidech, kteří jimi trpí, jako o blázních. V následujícím textu bude proto popsáno, jak společnost k duševním chorobám přistupovala v historii a následně bude uvedeno několik slov o stigmatizaci. S tématem také souvisí mýty, které o schizofrenii ve společnosti panují. Popsány jsou v předchozí kapitole.

Historie

O historii takzvaného šílenství hovoří například Foucault, který pojednává o počátku dějin šílenství a mnoha historických milnicích, v kterých se na duševní onemocnění nahlíželo zcela jinak než v současnosti. Například v 16. až 18. století přikazovaly vlády, parlamenty či samotné katolické hierarchie lékařům, aby dokazovali, že všechny „dábelské smlouvy“ lze vysvětlit silami rozrušené fantazie. Církevní autority se běžně obraceli na lékaře, aby uváděli, že jevy extáze, věšteství, nadšení Duchem svatým u kacířů, jsou důkazem šílenství (Foucault, 1999). Můžeme tedy říci, že nejenom šílenství bylo považováno za šílené, ale i duchovní nezvyklé a nevysvětlitelné praktiky. Foucault také uvádí, že jedinci, kteří se v kontextu se svým šílenstvím nehodili do společnosti, byli umístováni do Všeobecných špitálů, jejichž účelem nebylo léčit, ale spíše izolovat, kontrolovat a trestat. Jiní byli vyhoštěni za hranice města a stávali se z nich tuláci, další byli dokonce loďmi zavezeni, co nejdále od civilizace tak, aby se již nemohli navrátit (Foucault, 1994).

Foucault popisuje, že do 19. století se v západním světě od sebe zkušenosti s šílenstvím velmi lišili. Medicína se v každé době pokoušela šílenství nějakým způsobem léčit. Například ve středověké Paříži byla nemocnice zvaná Hôtel-Dieu, která podobně jako jiné nemocnice, měla rezervovaná lůžka pro choromyslné, přičemž se jednalo o veliké klece. Tato lůžka byla však poskytována pouze těm, kteří byli považováni za vyléčitelné, například jedince s epizodickou zuřivostí či záchvaty „melancholie“. Mnoho forem šílenství zůstávalo bez lékařské pomoci. Na druhou stranu se však otvíraly velké domy určené pro „blázny“, kteří v nich byli léčeni po vzoru arabské medicíny. Stejně však jak Všeobecné nemocnice, u kterých bychom čekali léčbu, byly otvírány internační ústavy, kde žili po boku s žebráky, pohlavně nemocnými a mnoha dalšími lidmi, kteří nevyhovovali soudobé společnosti. Ke konci 18. století došlo k osvobození všech, ale nikoli „šílenců“, ti ve starých izolačních institucích zůstali. Internace však postupně dostala nový význam a stala se opatřením lékařským. Bohužel realita byla jiná, než jakou bychom si ji dnes představili. Byly vytvářeny útulky, kde „šílenec“ měl kolem sebe jakousi rodinu, která však ve skutečnosti fungovala jako sociální a mravní kontrola, a vyléčit nemocného znamenalo vštípit mu pocity závislosti, viny, vděčnosti, a to vše pomocí hrozeb, trestů, odnětím jídla a ponižováním. Byla sice odstraněna hmotná pouta,

vytvořena však byla pouta morální. Navíc ještě v 18. století existovaly praktiky, kterými se léčili nepřítel například tím, že byli sprchováni a koupáni, aby se osvěžila jejich mysl, vstříkovala se jim nová krev, aby se obnovil její porušený oběh a další. Ještě v 19. století Leuret svým pacientům pouštěl na hlavu ledovou sprchu, při níž byl veden rozhovor donucující pacienta k přiznání, že jeho přesvědčení je pouhým bludem. Používaly se také jakési pohyblivé klece a mnoho dalšího (Foucault, 1999).

Postupem času se od těchto hrůzných metod upustilo, avšak ještě velice dlouho trvalo, než se duševně nemocní lidé vymanili ze sociální izolace v psychiatrických zařízeních. Ke změnám začalo docházet po polovině 20. století, nicméně současný stav ještě není zcela ideální. V mnoha zemích nadále převažuje péče ústavní nad komunitní.

Stigmatizace

Lze se domnívat, že historie měla na současné chápání duševních onemocnění jistý vliv. Ačkoliv již není nemocný chápán jako blázen a je léčen s ohledy na jeho práva a důstojnost, široká veřejnost i nadále v mnoha případech nahlíží na jedince takto nemocné jako na zvláštní, divné, cizí a mnohdy se jich bojí a vyhýbá se jim.

Baštecký uvádí, že i různé vědní disciplíny chápou duševní nemoc odlišně. Podstatný je pohled sociologie, která chápe nemoc jako úchylku. Vzhledem k tomu, vnímá společnost nemoc jako něco nežádoucího a odchýleného od normy, kterou očekává. (Baštecký, 1997)

Hartl a Hartlová uvádí, že stigmatizace je společenským předsudkem vůči někomu, komu jsou přisuzovány záporné vlastnosti. Jedná se o předem vytvořené negativní hodnocení, které je okolím přisouzeno jak jednotlivci, skupině nebo organizaci (Hartl a Hartlová, 2009). Valentová popisuje, že kvůli negativnímu vnímání duševních poruch dochází právě ke stigmatizaci, která negativně ovlivňuje veřejný život nemocného. Důsledkem je často sociální izolace nemocných a negativní vnímání sebe sama, jehož následkem je tzv. selfstigmatizace, kdy jedinec sám sebe podhodnocuje a má pocit, že se do okolního světa nehodí. (Valentová in Mahrová, Venglářová a kol., 2008)

O stigmatizaci v kontextu se schizofrenií hovoří Ocisková a Praško. Uvádí, že stigmatizace vede dokonce k posílení příznaků a škod, které nemoc způsobuje. Bere

jim sebedůvěru, brání návratu do běžné lokální komunity nebo do práce, nutí je k opatrnosti při komunikaci, snižuje důvěru v okolí a napomáhá tak k vztahovačnosti a perzekučním bludům. (Ocisková a Praško, 2015)

3.2 Komunitní péče

Současný trend přispívající k blahu života lidí s duševním onemocněním a jejich participaci do lokální komunity lze popsat pomocí deinstitucionalizace. Snižují se ústavní psychiatrická zařízení a pozornost je věnována životu v přirozeném prostředí nemocného a rozvoji komunitních služeb a zařízení.

Pojem **komunitní péče** byl popsán již v první kapitole této práce, ale vzhledem k důležitosti tohoto přístupu k popisované cílové skupině je potřebné mu věnovat větší pozornost. Pfeiffer popisuje komunitní péči jako systém terapie, pomoci a podpory, který je stanoven tak, aby mohl pomáhat i lidem s vážnějším duševním onemocněním žít takovým způsobem, který se co nejvíce podobá životu v běžných podmínkách, a to co nejvíc uspokojivě (Pfeiffer in Höschl, Libiger a Švestka, 2002). Pěč a Probstová uvádí, že protikladem k péči komunitní je **péče ústavní**, která je charakteristická dlouhodobým oddělením nemocných či postižených lidí od přirozené zdravé komunity lidí. (Pěč a Probstová, 2014)

Probstová hovoří o tom, že komunitní péče apeluje na respektování komplexnosti zdravotních a sociálních potřeb duševně nemocných v komunitě, vyjadřuje potřebu týmové práce profesionálů ze zdravotnictví i ze sociální sféry a vnímání klientů jako rovnocenných partnerů. „*Komunitní péče má kromě toho znamenat dostupnost služeb, flexibilitu, orientaci na potřeby uživatelů, na jejich kompetenci, uzpůsobení služeb životu klientů, jejich kultuře, v neposlední řadě uplatnění uživatelů služeb i jejich rodinných příslušníků při konstrukci i kontrole kvality služeb.*“ (Probstová in Matoušek, Koláčková a Kodymová, 2010, s. 134)

Van Weeghel uvádí: „*Konečným cílem komunitní péče je podpořit účast lidí s psychickými omezeními ve společnosti. Systém komunitní péče vytváří kontext pro efektivní rehabilitaci a je významnou podmínkou pro příznivě probíhající procesy zotavování.*“ (Van Weeghel in Pěč a Probstová, 2009, s. 22)

V návaznosti na definování cíle komunitní péče, lze uvést že záměrem je **inkluze** duševně nemocných lidí do komunity. Matoušek definuje inkluzi jako „*Souhrnné označení pro postupy a strategie, které předcházejí sociálnímu vyloučení, resp. Postupy, jejichž cílem je zahrnout do společnosti lidi předtím vyloučené.*“ Dále popisuje, že člověk, jež je zahrnutý do společnosti, je ní také přijímán a oceňován a dle svého rozhodnutí se může participovat na společenském životě. Naopak člověk vyloučený je ten, kdo žije na okraji společnosti a nemá zdroje ani příležitosti ke společenskému uplatnění, které by si přál. (Matoušek, 2008, s. 77)

Cílovou skupinu komunitní péče definuje například Pěč a Probstová. Uvádí, že se jedná o lidi s duševním onemocněním, ale také o další členy komunity, kteří jsou podporováni k tomu, aby mohli sami poskytovat pomoc potřebným. (Pěč, Probstová, 2014)

Valentová uvádí následující **pozitiva komunitní péče**, jedná se o komplexnost péče o klienta v rámci, které dochází k vytvoření široké palety služeb, alternativu k hospitalizaci a preventivní působení (Valentová in Mahrová a Venglářová, 2008). Foitová dále popisuje také pozitivní ovlivnění kvality života, zvýšení účinnosti poskytované zdravotní péče, destigmatizační vliv a ochranu lidských práv a důstojnosti. (Foitová in Pěč a Probstová, 2009)

Velice důležitá je **role sociálního pracovníka**, který v případě hospitalizace, jak popisuje Probstová, připravuje klienta na znovunavrácení se do přirozeného společenství. Zajišťuje návaznou péči, podmínky potřebné pro život, zejména v oblasti práce, bydlení, vztahů a finančního zabezpečení. Zabráňuje mnohočetným krátkodobým hospitalizacím, systematicky podporuje klienta v každodenních činnostech a monitoruje situace větší zátěže. Podílí na vytvoření krizového plánu, jímž rozumíme plán postupu v případě zhoršení zdravotního stavu. Klinický sociální pracovník provádí trénink nezbytných dovedností pro život v komunitě. Obecně lze říci, že sociální pracovník v rámci komunitní péče pracuje většinu času v terénu, vytváří rovnocenný vztah s klientem a zároveň si udržuje hranice dané profesionální rolí. (Probstová in Matoušek, Koláčková a Kodymová, 2010)

Pěč a Probstová dále uvádí, že sociální pracovník či sociální pracovníce by měli respektovat určité skutečnosti související se schizofrenií. Nutná je zejména podpora

nedostatečně rozvinutých kapacit zvládat běžné životní nároky vlastními silami. Cílem práce s takovýmto člověkem je dovést ho k tomu, aby své každodenní a životní úkoly zvládal sám bez vnější pomoci a převzal zodpovědnost za svůj život. (Pěč a Probstová, 2014)

3.3 Systém péče o osoby s duševní poruchou

Pěč a Probstová hovoří o tom, že již od prvopočátku byla komunitní péče vedena myšlenkou využívání přirozených zdrojů pomoci a podpory v komunitě, posilováním zdravých stránek osobností klientů, zaměřováním se nejenom na odstranění symptomů nemoci, ale i na posílení funkční kapacity jedinců. Také na posilování jejich občanských práv a důstojnosti, individuální péči a maximální participaci do komunity. (Pěč a Probstová, 2014)

V současné době se pro péči o jedince se schizofrenií a jinými duševními nemocemi využívá zejména **Systém komunitní podpory** dle Národního institutu duševního zdraví z roku 1987. Pomocí metody case managementu se vytváří síť služeb, jež klient využívá. Pěč a Probstová uvádí *„Komunitní péče znamená i ve formě ‚pro komunitu‘ takovou profesionální podporu lidem v blízkém vztahu ke klientovi nebo běžným organizacím nebo institucím v obci, aby mohli těmto klientům, poskytovat co nejúčinnější pomoc.“* (Pěč a Probstová, 2014, s. 198)

Foitová uvádí, že někteří autoři upozornili na nedostatky Systému komunitní podpory, který se dle jejich názoru orientoval na slabé stránky klienta více než na jeho potenciál a na poskytování služeb profesionály než na podporu vrstevníků, rodiny apod. Alternativou tohoto modelu je **model vytváření podpůrného prostředí** z devadesátých let minulého století, který se zabývá skutečnou integrací člověka, jež využívá vlastní síly a sociální vazby, nikoli sociální služby. Sociální služby nabízí podporu podporujícím, tedy rodině, přátelům, obci, komunitě (Foitová in Pěč a Probstová, 2009).

V České republice se v současnosti dle Foitové využívá nejvíce tzv. **balancovaná péče**. Jedná se převážně o institucionálně zakotvený model, který již nemá těžiště ve velkých psychiatrických nemocnicích, ale využívá různé zařízení jako denní sanatoria, zařízení podporovaného bydlení apod. Služby mají být dle tohoto modelu v dostupnosti domova, terénní, orientující se na zneschopnění klientů, individuálně přistupovat k léčbě, hlásit se

k mezinárodním dokumentům o lidských právech, reflektovat priority klientů a být koordinovány mezi poskytovateli péče a organizacemi. (Foitová in Pěč a Probstová, 2009)

Péče o duševní zdraví je dle Pěče a Probstové popisována také v dokumentech vytvářených v rámci státu či společenství států. Česká republika a její **politika péče o duševní zdraví** se vztahuje k dokumentu Zdraví 21, který v jedné ze svých částí pojednává o cílech a jejich naplňování v péči o duševní zdraví, jinak se může odkazovat pouze na dokumenty Evropského společenství, jedná se zejména o Deklaraci o duševním zdraví pro Evropu 2005, Akční plán duševního zdraví pro Evropu 2005, Zelenou knihu a Zlepšování duševního zdraví obyvatelstva 2005. (Pěč a Probstová, 2014)

Případové vedení

Případové vedení neboli *case management* je hojně využívanou metodou při práci s lidmi se schizofrenií či jiným druhem duševního onemocnění. Probstová říká, že v kontextu s deinstitucionalizací bylo třeba zabezpečit propojování služeb, návaznost poskytované péče a její koordinaci, a v rámci sociálního případového vedení také podporu ve vztahu s rodinou. (Probstová in Matoušek, Koláčková a Kodymová, 2010)

Stuchlík popisuje **souhrn hlavních znaků** případového vedení. Jedná se o mapování potřeb a schopností klienta, plánování péče a podpory, realizace plánu pomocí zdrojů klienta a jeho sociální sítě, monitorování dosažených výsledků, vyhodnocování práce a výsledků společně s těmi, kteří se podílí na práci s klientem. (Stuchlík in Pěč a Probstová, 2009)

Valentová popisuje **sociálního pracovníka v roli case managera**. Uvádí, že se jedná o klíčovou osobu nejenom pro klienta, ale pro celý systém poskytování péče. Jeho úkolem je koordinovat práci v týmu, vytvářet, aktualizovat a realizovat plán péče. Klient díky tomu může využívat služeb, které jsou vhodné vzhledem k jeho jedinečnosti a povaze nemoci. Jednotliví pracovníci pak mají za úkol spolupracovat a o všem se informovat. (Valentová in Mahrová a Venglářová, 2008)

V rámci případového vedení se můžeme setkat s tzv. **asertivní komunitní léčbou**. Pěč a Probstová ji popisují jako metodu zaměřenou na jedince, kterému hrozí hospitalizace

nebo obtížně spolupracuje s tradičními službami či se aktuálně potýká s bezdomovectvím. Tým starající se o takového klienta je složený z odborníků více profesí včetně psychiatra, kteří se podílí formou přímého poskytování služeb na podpoře klienta, přičemž je charakteristická vysoká četnost setkávání se. (Pěč a Probstová, 2014)

Komunitní psychiatrie

Hejzlar popisuje, že veškeré služby působící v komunitě, ať již mobilní, stacionární, sociální nebo multidisciplinární, jsou jednou ze součástí komunitní psychiatrie. O komunitní psychiatrii hovoříme tehdy, když vychází z potřeb komunity určitého územní, formy péče by měly těmto potřebám odpovídat, spolupracovat, navazovat na sebe a být uživatelům péče dostupné. Smyslem komunitní psychiatrie je, aby klient mohl žít v běžných životních podmínkách, plnil běžné sociální role, byl co nejvíce samostatný, a přitom dostával potřebnou míru podpory od služeb. Jestliže je těžištěm péče o nemocného jeho přirozené prostředí, je práce efektivnější a praktičtější, o to více když péči poskytují mobilní a flexibilní multidisciplinární týmy. (Hejzlar, 2010, online)

Multidisciplinární tým

Probstová hovoří o tom, že týmová práce je základem současné psychiatrické péče. Říká, že *„multidisciplinární tým je založen na myšlence spolupráce specialistů a koordinace postupu.“* (Probstová in Matoušek, Koláčková a Kodymová, 2010, s. 143)

Hejzlar uvádí: *„Široká rehabilitační spolupráce se obtížně organizuje, když relevantní osoby pracují v různých institucích (službách) s odlišně nastavenými pravidly a kompetencemi. Optimálním řešením jsou tzv. multidisciplinární týmy, ve kterých konsensuálně a koordinovaně působí jednotliví specialisté.“* (Hejzlar, 2010, s. 147, online). V týmu se nachází nejčastěji psychiatr, sociální pracovník, psychiatrické zdravotní sestry, psycholog a ergoterapeut.

Probstová hovoří o **roli sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu**, říká, že vyniká svými znalostmi a dovednostmi v oblasti lidských vztahů a prací s životními podmínkami, které ovlivňují nemocné při naplňování svých životních cílů, uskutečňování plánů nebo které jim opakovaně způsobují problémy. Sociální pracovník pracuje na jedné

straně s jednotlivcem a na druhé s jeho rodinou a okolím, zároveň také vytváří zdroje v komunitě. (Probstová in Matoušek, Koláčková a Kodymová, 2010)

Koncept zotavení

Člověk s dlouhodobým duševním onemocněním jako je schizofrenie se nemusí ze své nemoci nikdy zcela vyléčit. Proto spíše nežli o jeho vyléčení, hovoříme o zotavení neboli *recovery*. Foitová uvádí, že „vyléčit se“ znamená naprostou nepřítomnost projevů nemoci, u vážných duševních onemocnění tedy spíše vnímáme jako cíl jistou „úzdruhu s deficitem“. Jedná se o stav, kdy nejvýznamnější symptomy již vymizely, ale přetrvávají určité znaky související s nemocí. Pro řadu klientů je nejdůležitější sociální zotavení, jež nezávisí na vymizení symptomů, ale na procesu změny vlastních hodnot, pocitů, cílů, rolí apod., které přináší uspokojení i přes přítomnost nemoci. (Foitová in Pěč a Probstová, 2009)

3.4 Oblasti potřebné péče a služby

Lidé, kteří se dlouhodobě vypořádávají s duševním onemocněním jako je schizofrenie, jsou velice často v akutním stádiu nemoci hospitalizováni v rámci ústavní péče v psychiatrických zařízeních, nicméně se nejedná o jediný způsob pomoci těmto jedincům. Mnohdy nejvíce záleží na sociálních službách, které se chopí následné péče o duševně nemocné po jejich hospitalizaci, aby se jedinec dokázal znovu začlenit do komunity.

Návazné služby komunitní péče využívají zejména prvky psychosociální rehabilitace. Dle Valentové se jedná zejména o následující:

- **Krizové služby a domácí léčení.** Do této oblasti spadá telefonní linka, krizové kontaktní centrum, krizová lůžka, domácí léčba a mobilní služby.
- **Denní stacionáře a denní centra.** Poskytované služby jsou terapeutické, rehabilitační, služby pro oblast zaměstnávání a oblast sociální. Zajišťují se také volnočasové aktivity a poradenské služby.
- Podpora v oblasti bydlení.
- Podpora v práci. (Valentová in Mahrová a Venglářová, 2008)

Rehabilitace v oblasti bydlení

Stabilita, bezpečí a jistota jsou potřeby, které mohou být do jisté míry naplněny v rámci bydlení, nicméně ne každý je schopný jich nabýt samostatně a potřebuje pomoc. V situaci, kdy jedinec nemá rodinu, která by mu zázemí mohla poskytnout, je možné využít sociálních služeb a zařízení.

Probstová uvádí, že „*ideálem péče je normalizace, tedy přiblížení klienta co nejběžnějším podmínkám. Návuk dovedností by měl probíhat v klientově přirozeném prostředí a měl by být spojen s budováním přirozené sociální sítě klienta.*“ (Probstová in Matoušek, Kolářková a Kodymová, 2010, s. 146). Dále popisuje, že jsou potřebné principy jako je vztah pracovník-klient, stálost a návaznost péče, individuální přístup a flexibilní podpora v kontextu aktuálního stavu nemocného. Důležitým principem je také možnost volby, klient by měl mít možnost si sám zvolit kde a s kým bude žít, a spolupráce s rodinou. (Probstová in Matoušek, Kolářková a Kodymová, 2010)

Valentová popisuje možnosti bydlení dle typu zařízení následovně:

- **Domy na půl cesty (komunitní bydlení).** V tomto druhu zařízení společně bydlí více klientů, podílejí se na úklidu, vaření a podřizují se určitému režimu. Jedná se o přechodné bydlení většinou s celodenní službou, po kterém se předpokládá přechod do samostatného bydlení.
- **Chráněné byty.** Dočasná forma ubytování poskytovaná většinou na 1 až 1,5 roku, kde klienti mohou samostatně či v menší skupině bydlet. S případnými problémy jim pomáhá asistenční služba. Dochází zde k návukům potřebných dovedností. Po určené době se předpokládá přechod do vlastního obydlí.
- **Podporované bydlení.** Klienti žijí ve vlastních bytech, přičemž k nim v určených intervalech dochází asistenční služba.
- **Sociální byty.** Jedná se o formu bydlení určenou zejména pro ty, kteří se chtějí separovat od svých rodin nebo je nemají. (Valentová in Mahrová a Venglářová, 2008)

Rehabilitace v oblasti zaměstnávání

Lidé s duševním onemocněním jako je schizofrenie a jiné mohou mít problém se zapojit do běžného pracovního procesu na volném pracovním trhu. V prvních fázích nemoci je pozornost od zaměstnání převedena na stabilizování stavu nemoci a vytváření pocitů bezpečí a jistoty. Protože mnoho z takto nemocných lidí nemůže z důvodu nemoci pracovat, tak dostává invalidní důchod. Probstová říká: „*Přiznání plné invalidity je pro některé duševně nemocné stigmatem, kterému se brání ze všech sil, někdy i bez ohledu na svoje možnosti. Pro jiné je invalidita jednou z mála jistot v nejistém světě.*“ (Probstová in Matoušek, Koláčková a Kodymová, 2010, s. 148)

Pěč a kol. uvádí statistiku van Weeghela a Zeena, jež říká, že zaměstnanost lidí s duševním onemocněním nepřesahuje 10 %, přičemž 60 % z této cílové skupiny si pracovat přeje a lze říci, že většina pracovat chce. Pěč a kolektiv uvádí, že někteří z duševně nemocných v současné chvíli pracovat ještě nemohou a někteří se opakovaně pokouší zaměstnání najít. Překážkou k začlenění do pracovního procesu může tedy být malá nabídka pracovních míst, preference výběru zaměstnanců orientovaná na výkon, diskriminace a předsudky vůči duševně nemocným (dokonce v případech, kdy je zaměstnavatelům nařízeno zaměstnat zdravotně znevýhodněné, upřednostňují tělesně hendikepované), nedostatečná kvalifikace či nedostatečné sociální fungování. (Pěč a kol. in Pěč a Probstová, 2009)

Pěč a kolektiv popisují, že pracovní rehabilitace se skládá z individuálních aktivit jako je například pracovní mapování, pracovní vedení, trénink pracovních dovedností a mediace v pracovní rehabilitaci (Pěč a kol. in Pěč a Probstová, 2009).

Valentová dále popisuje, druhy chráněné práce:

- **Chráněné dílny.** Jedná se o pracovní zařízení poskytují nejvyšší míru „chráněnosti“ pracovního prostředí. Mezi nejznámější patří tzv. tréninkové resocializační kavárny nebo dílny řemeslných prací jako je výroba svíček, práce se sklem či keramika. Pracovní ohodnocení je buď v rámci pracovní rehabilitace žádné nebo jen symbolické, proto je třeba, aby práce dávala smysl a nemocného motivovala.
- **Přechodné zaměstnávání.** Je poskytováno na otevřeném trhu práce, takže se nemocný člověk plně participuje do kolektivu zdravých lidí. Doba podpory je

většinou šest měsíců, během kterých se klient učí potřebné pracovní dovednosti, a následně se předpokládá vstup na volný trh práce.

- **Podporované zaměstnávání.** Stejně jako přechodné zaměstnávání je poskytováno na otevřeném pracovním trhu po boku zdravých lidí. Klientovi je v rámci této podpory umožněno nastoupit do zaměstnání s vědomím toho, že v případě potřeby se může obrátit na terapeuta či asistenta. (Valentová in Mahrová a Venglářová, 2008)

Další formy rehabilitace dle Pěče a kolektivu:

- **Podporované vzdělávání.** Začátek duševního onemocnění často spadá do doby vzdělávání, a protože je vzdělání v dnešní době velice důležité a jeho nedokončení komplikuje lidem s duševním onemocněním kariéru, je asistence v rámci služby podporovaného vzdělávání velice užitečná.
- **Oblast sociálních kontaktů a volného času.** Lidé s duševním onemocněním, kteří mají snížené sociální dovednosti a schopnost komunikace, případně nemají funkční sociální zázemí či dostatečně vymezeny své sociální role, anebo jen potřebují podporu od okolí, mají možnost využít různých programů v rámci rehabilitace. Jedná se zejména o nácvik sociálních rolí, podporu a vzrůst sebeúcty, podporu v komunikaci a vytváření sociální sítě, zvládání stresu a podporu soběstačnosti a nezávislosti. (Pěč a kol. in Pěč a Probstová, 2009)

3.5 Komunitní přístup v péči o duševní zdraví v Čechách a zahraničí

Tato podkapitola rozebírá stav českého i zahraničního komunitního přístupu k péči nejenom o jedince se schizofrenií ale s duševním onemocněním obecně. Text přechází od základních modelů komunitní péče ke zkušenostem některých zemí až k příkladům dobré praxe.

Modely komunitní péče

Od poloviny dvacátého století můžeme v západních zemích sledovat vznik tří modelů komunitní péče, které popisuje například Foitová. Uvádí, že se jedná o následující:

- **Nemocniční přístup.** Začal se rozvíjet na konci 60. let v Evropě, USA a Kanadě. Těžištěm péče jsou psychiatrická zařízení a péči poskytují zejména profesionálové.

Uživatel péče je vnímán jako pacient, je izolovaný od komunity a komunita je izolovaná od něj.

- **Komunitní přístup.** Jeho začátky se datují do 70. a 80. let v USA, Austrálii a několika zemích Evropy, například Nizozemí a Francii. Tento přístup podporuje přirozené zdroje pomoci a dává důraz na kontinuitu profesionálních i neprofesionálních služeb. Uživatel péče je chápán jako klient.
- **Integrativní přístup.** Začátky tohoto přístupu spatřujeme v 90. letech ve vyspělých zemích jako je USA, Kanada, Itálie a Velká Británie. Preferují se přirozené zdroje pomoci, odborná pomoc je poskytována až ve chvíli, kdy běžné zdroje nejsou schopny asistovat. Součástí odborné péče jsou zejména mobilní komunitní týmy pracující s lidmi přímo v jejich přirozeném prostředí. Uživatel služeb je vnímán jako občan.

V České republice se stále řeší **transformace psychiatrické péče**, důvodem je obecně to, že současný systém má vážné nedostatky vedoucí k nízké kvalitě života duševně nemocných lidí. Hlavním problémem je dle Jarolímka nedostatečné financování psychiatrické péče, lůžková péče soustředěná do psychiatrických léčeben, hospitalizování z důvodu sociálních problémů, neuspokojivá zajištěnost ochrany práv duševně nemocných, nízká kapacita psychiatrických ambulancí, přístup k terapiím není dostatečný, neexistuje systém preventivní péče, chybí celostátní síť zařízení komunitní péče umožňující poskytování služeb v místě bydliště nemocného a stávající sociální systém opomíjící potřeby duševně nemocných lidí. (Jerolímek in Hejzlar, 2010)

Probstová v kontextu bytových podmínek uvádí, že lidé s duševním onemocněním žijí jak v domácím prostředí, tak v léčebnách a zařízeních sociálních služeb, nicméně s některými z nich se můžeme setkat i jako s bezdomovci. Bohužel v současné době v České republice existuje jen malé množství komunitních služeb či zařízení, která by duševně nemocným poskytla podporu při bydlení. Naproti tomu ve vyspělých západních zemích je situace výrazně ovlivněná deinstitucionalizací, která probíhala od šedesátých let minulého století. Díky tomu byla budována chráněná bydlení s různou mírou podpory vedoucí k větší samostatnosti jedince. Vznikala chráněná skupinová bydlení, chráněné byty, pečovatelské domy, domy na čtvrt, půl a tři čtvrtě cesty a také venkovská bydlení,

kteřá poskytovala i možnost zaměstnávání. (Probstová in Matoušek, Kolářová a Kodymová, 2010)

Pěč a kolektiv popisují, že již v prvních letech deinstitucionalizace se začaly objevovat modely rezidenčních služeb, jako jsou domy na půl cesty, pěstounská péče nebo Fairweatherovy domečky¹. Většina pacientů byla propuštěna z ústavní péče do svých rodin či opatrovnických domů. Avšak tento proces sebou přinesl i problémy, příkladem může být nárůst duševně nemocných lidí mezi bezdomovci nebo tlak na rodinu coby hlavního poskytovatele péče. Nicméně došlo k postupnému rozvoji systému specializovaných rezidenčních služeb a vzniklo mnoho zařízení. Od poloviny 70. let můžeme sledovat velký rozvoj pobytových služeb především v USA a západní Evropě. Ve východní Evropě můžeme začátky procesu deinstitucionalizace psychiatrické péče pozorovat až po pádu komunistického režimu. V České republice začala vznikat první chráněná bydlení až počátkem devadesátých let. (Pěč a kol., 2009)

Shorter v mezinárodním měřítku hovoří o neazylové rezidenční péči a uvádí, že nemusí nutně znamenat deinstitucionalizaci. I přesto však můžeme sledovat posun od azylů.

V podstatě se v **Evropě objevují tři následující trendy:**

1. Státy, kde azyl nikdy nedominovaly. Jedná se zejména o Maďarsko a další východoevropské země, kde byla domácí péče poskytována nemocnicemi již od počátku dvacátého století.
2. Státy, kde po 70. letech 20. století započala kritika veřejné psychiatrické péče. Mezi takové země patří Itálie, kde byl azyl zcela zrušen, nebo Finsko, kde se z velké části psychiatrická péče přesunula do místních nemocnic blíže ke komunitě. Dalším příkladem je Dánsko, kde se zásady komunitní péče ujaly velice rychle poté, co zákon z roku 1976 posunul odpovědnost psychiatrických nemocnic ze státní do krajské správy. V Dánsku tak poklesl počet psychiatrických lůžek o 43 %.
3. Státy, kde byl přechod na komunitní péči pomalejší, ale přesto k němu došlo nebo je součástí stálého procesu. Mezi takové státy patří třeba Velká Británie, Belgie, Francie

¹ Jedná se o model psychosociální rehabilitace, který nabízí krátkodobý i dlouhodobý pobyt lidem s vážným duševním onemocněním, kteří se podílejí na zodpovědnosti provozu domácnosti a vzájemně se podporují v zotavení se tak, aby dosáhli větší samostatnosti a nezávislosti. Tento model také poskytuje zaměstnání, většinou menší byznys, na kterém se shodují lidé žijící v daném zařízení. (VTDC, 2015, online)

a Německo. Právě změny v Německu byly po zveřejnění zprávy o psychiatrické reformě v roce 1975 velice působivé. Do roku 1992 se ambulantní psychosociální služby zvýšily stejně jako nabídka psychoterapeutů, a to více než o 200 %. (Shorter in Knapp, McDaid, Mossialos a Thornicroft, 2007)

Úspěchy komunitní psychiatrie jsou velkolepé třeba ve Velké Británii, a ačkoliv si obháječi tohoto přístupu stále stěžují na nedostatek zdrojů, tak jak praví Shorter, by pracovníci ve sféře duševního zdraví třeba v Polsku nebo na Slovensku mohli závidět. Ve Velké Británii se nachází mnoho pohotovostních a krizových týmů, asertivní terénní týmy, komunitní týmy pro duševní zdraví, mnoho různých služeb pro uživatele péče o duševní zdraví a také výborný systém zaměstnávání. Dále například Portugalsko po přijetí zákona v roce 1963 přesunulo psychiatrickou péči z šesti velkých nemocnic do 18 center péče o duševní zdraví. (Shorter in Knapp, McDaid, Mossialos a Thornicroft, 2007)

Příklady dobré praxe, které uvádí Stuchlík ukazují zkušenosti ze tří vybraných zemí, jež vytvořily zajímavé projekty nejčastěji na bázi case managementu a jeho variant jako je například asertivní komunitní léčba.

1. **Tréning života v komunitě** – *Training in Community Living* (TLC), USA

Práce s uživatelem péče probíhala v jeho domově a v zázemí pracovníků projektu TLC. Služba se věnovala komplexnímu individuálnímu vyšetření a zároveň koordinovala veškerou péči o duševně nemocné v regionu. Každý klient měl individuální program s pokrytím 24 hodin denně 7 dní v týdnu. Pracovníci TLC věnovali pozornost vyhledávání práce pro klienty a následně spolupracovali se zaměstnavateli a pomáhali řešit problémy na pracovišti. Projekt se orientoval také na učení a pomoc při běžných životních situacích a činnostech, trávení volného času a rozvoj sociálních dovedností. Činnosti se obecně zaměřovaly na silné stránky klienta, nikoli na deficit. Služba také zapojovala do péče o nemocného jeho rodinu a jiné blízké osoby. Jestliže se klient někam nedostavil, pracovník či pracovnice TLC ho navštívil a pomohl překonat překážky. V případě vážné duševní nemoci jako je schizofrenie docházelo k pečlivému monitorování zdravotního stavu, případně i podávání medikace.

Jedná se o projekt, který byl pro jeho úspěch replikován v mnoha místech po USA, i ve Velké Británii a Austrálii. (Stuchlík, 2001, online)

2. **Komunitní léčebný tým** – The Community Treatment Team (CTT), Austrálie

CTT byl multidisciplinární tým složený ze tří psychiatrických sester, dvou sociálních pracovníků, psychologa, ergoterapeuta a psychiatra zaměstnaného na částečný úvazek. Okruh služeb byl stejný jako u TCL projektu, ale s jiným praktickým přístupem. Na jedné straně byla pozornost orientována na uživatele péče a na jejich rodiny, přičemž uživatelům byla poskytována nemocniční a následná péče s vysokým standardem. Skupina case managerů pracovala jen v kanceláři, ale výhodou bylo, že do přípravy individuálního plánu byly přizvány i rodiny. CTT se zaměřoval na klienty, kteří byli v riziku sebevražedného chování a bylo na nich sledováno agresivní chování, bylo tedy žádoucí je zklidnit pomocí podpory, dohledu a medikace. Příbuzní byli o všem informováni a dostali pokyny, jak problematické chování nemocného zvládat. Pokud to situace dovolila, mohli žít ve své domácnosti, v jiných případech byli umístováni do alternativních ubytovacích zařízení. Jestliže to stav nemocného vyžadoval, byl pracovník CTT zavolán pagerem a dostavil se do domácnosti klienta, aby stabilizoval jeho stav. Klienti CTT měli velice dobré klinické výsledky a tento druh péče hodnotili jako příjemnější a účinnější. (Stuchlík, 2001, online)

3. **Projekt regionální komunitní péče** – Česká republika

Cílem tohoto projektu bylo vytvořit model uspořádání služeb péče o duševní zdraví tak, aby lépe odpovídal potřebám dlouhodobě duševně nemocných lidí. Vznikla nestátní nezisková organizace, která integrovala zdravotní a sociální složky v regionu. Na projektu spolupracovali holandsští odborníci a holandská strana také poskytla grant na zahájení tohoto projektu. Projekt regionální komunitní péče se rozvinul v Pardubicích, Mladé Boleslavi a v Praze, přičemž se jednotlivé projekty v daných městech od sebe velmi lišili vzhledem k síti stávajících služeb. Například v Pardubicích nejdříve vznikla zastřešující organizace koordinující služby v regionu a následně vznikly také další potřebné služby. Projekt poskytoval terénní asistenční službu, středisko denních aktivit v rámci denního stacionáře a návštěvní službu psychiatra. Díky vzniku tohoto projektu došlo k výraznému zlepšení komunikace sítě služeb v regionu, přičemž se projekt i aktuálně dále rozvíjí. (Stuchlík, 2001, online)

Součástí komunitní práce jsou i **destigmatizační kampaně** a programy, jedním z takovýchto programů je Globální program proti stigmatizaci a diskriminaci

u schizofrenie (WPA). Dle Ociskové a Praška se Česká republika do tohoto programu připojila v roce 2004. Program předpokládá, že nálepkování může být spojeno s negativním obsahem, například kvůli informacím, jež jsou předávány prostřednictvím tisku, filmů, nebo zaslechnutých v okolí, přičemž následně se z nálepky stává stigma. Proti stigmatizaci vznikly v ČR například destigmatizační projekty jako je projekt *Změna*, projekt *Open the Doors*, nebo projekt *Mezi ploty*. Dalším velice známým destigmatizačním projektem jsou *Týdny pro duševní zdraví*, které již od roku 1990 každoročně pořádají po mnoha místech v ČR koncerty, happeningy, výstavy uživatelů služeb, workshopy a další. (Ocisková a Praško, 2015)

Akční plán destigmatizace pro rok 2018 uvádí priority, na které se bude v rámci tohoto roku zaměřovat. Na straně uživatele se jedná zejména o selfstigmatizaci, nedostatek pocitu naděje, rozšíření znalostí o nemoci a problém v komunikaci o vlastní nemoci s blízkými. Dále mezi priority patří také problém stigmatizace ve zdravotnictví a v zaměstnání, kdy uživatelé péče musí znát svá práva a uvědomovat si, kde si můžou případně stěžovat apod. Akční plán se zaměřuje také na rodinné příslušníky, kteří mnohdy cítí vinu či stud, neví, jak komunikovat s nemocným, nemají dostatečné informace. Dále také na sociální pracovníky, jež potřebují například víc dovedností v recovery, na zdravotníky a také na veřejnou správu, jež podceňuje lidi s duševním onemocněním a neví, jak s nimi komunikovat. (Akční plán destigmatizace, 2017, online)

Stav komunitní péče se v různých zemích liší, často v závislosti na její historii. Takovým příkladem je i Česká republika, v které se tento přístup začal rozvíjet až po pádu komunismu. V současné době je více než očividné, že je stále na čem pracovat, sociální izolace ještě není otázkou minulosti a práce sociálních pracovníků a pracovníků v přirozeném prostředí nemocného není zatím samozřejmostí. Nicméně situace se pomalu ale jistě zlepšuje a stále se otevírají nové možnosti.

4 Metodologie výzkumného šetření

V předchozích kapitolách byla popsána teoretická východiska diplomové práce. Jejich širší uchopení bylo vzhledem k danému výzkumnému šetření nezbytné. K pochopení problematiky je potřebné se orientovat nejen v komunitní práci jako takové a znát projevy schizofrenie, nýbrž uvědomit si, proč může být komunitní přístup k péči o jedince s touto duševní nemocí výborným nástrojem k začlenění sociálně izolovaných lidí. Proto bylo v teoretické části diplomové práce vymezeno i určité pozadí této problematiky, které lze spatřit například v historii, kdy společnost nahlížela na duševně nemocné jako na blázny, kteří by měli doživotně žít v ústavní péči v nedůstojných podmínkách. Důležitý je také stručný popis duševních onemocnění, tzv. psychóz, mezi které se schizofrenie řadí, protože lidé trpící například bipolární poruchou jsou neméně izolováni a pro život mají podobné podmínky jako lidé se schizofrenií, dokonce mnohdy bok po boku navštěvují stejná psychiatrická a sociální zařízení.

Nadcházející kapitola se věnuje výzkumnému šetření, které bylo provedeno v rámci této diplomové práce. Orientuje se především na vymezení hlavního a dílčích cílů, popisuje výzkumné metody, výzkumný vzorek a celkový průběh empirického šetření. Zároveň doplňuje problematiku popsanou v teoretické části o informace získané výzkumným šetřením, jež jsou nezbytně potřebné k zhodnocení komunitního přístupu v souvislosti s cílovou skupinou schizofrenií nemocných lidí.

4.1 Cíle výzkumného šetření

Na základě teoretického vymezení problematiky došlo k vytvoření **výzkumného problému** deskriptivního neboli popisného charakteru. Gavora popisuje vedle tohoto typu výzkumného problému i typ relační a kauzální. Deskriptivním typem si obvykle pokládáme otázku „jaké to je?“, zjišťujeme a popisujeme jistou situaci, stav nebo výskyt určitého jevu. Takovýto výzkum obvykle používá výzkumnou metodu pozorování, škálování, dotazníku či interview (Gavora, 2000).

V souvislosti se zvoleným typem výzkumného problému a podrobným prostudováním problematiky popisované v teoretické části diplomové práce byl formulován výzkumný

problém následovně: „*Jaký je vliv komunitního přístupu na inkluzi jedinců se schizofrenií do lokální komunity?*“

Názory na vliv komunitního přístupu na inkluzi jedinců se schizofrenií a úspěšnost případně neúspěšnost tohoto vlivu se můžou lišit jak na obecné rovině, tak v souvislosti konkrétních oblastí inkluze. Z tohoto důvodu je výzkumné šetření diplomové práce zaměřeno hodnotícím směrem.

Hlavním cílem je zhodnotit vliv komunitního přístupu k péči o jedince se schizofrenií na inkluzi do lokální komunity. Vymezit v čem je proces začleňování této cílové skupiny úspěšný, v čem nikoli a za jakých podmínek by mohl být efektivnější. Vzhledem k logickému rozšíření hlavního cíle o tři výše uvedené otázky úspěšnosti a množství oblastí související s inkluzí, došlo k vytvoření tří dílčích cílů, jejichž zodpovězením dojde k naplnění hlavního cíle.

Dílčí cíl č. 1: Zjistit, v čem je participace jedince se schizofrenií do lokální komunity úspěšná.

Tento dílčí cíl se zaměřuje na zhodnocení silných stránek a pozitiv sedmi oblastí, které souvisí s participací jedinců se schizofrenií do lokální komunity. Stejně jako tomu je u dalších dvou dílčích cílů, pozornost je kladena na oblast bydlení, zaměstnávání, vzdělávání, zdravotnictví, dále na účast jedince na společenském životě lokální komunity, kdy se tento dílčí cíl zaměřuje na otázku trávení volného času ve společnosti ostatních občanů. Zájem je orientován také na oblast kladného přijetí osoby se schizofrenií místní komunitou, a poslední oblast se zaměřuje přímo na pozitivní zhodnocení komunitního přístupu. Výstupem tohoto dílčího cíle má být tedy popis, respektive zhodnocení toho, co se v rámci inkluze jedince se schizofrenií do lokální komunity daří, co je úspěšné a pozitivní.

Dílčí cíl č. 2: Zjistit v čem participace jedince se schizofrenií do lokální komunity není úspěšná.

Druhý dílčí cíl se zaměřuje, jak je výše řečeno, na stejné oblasti jako první dílčí cíl, avšak s tím rozdílem, že se snaží získat odpovědi na otázky týkající se toho, co se v rámci inkluze nedaří, jaké jsou slabé stránky jednotlivých oblastí a čeho se týká případný

neúspěch určitých opatření. Zároveň se místo na přijetí lidí se schizofrenií místní komunitou zaměřuje na téma stigmatizace.

Dílčí cíl č. 3: Zjistit, která stávající opatření by za určitých podmínek mohla být více efektivní v inkluzi jedince se schizofrenií do lokální komunity.

Logickým vyústěním předchozích dvou dílčích cílů zjišťujících silné a slabé stránky inkluze jedinců se schizofrenií do lokální komunity je třetí dílčí cíl, který hledá takové podmínky, které by zajistily efektivitu případně alespoň zlepšení procesu participace, stále v kontextu oblastí jako je bydlení, zaměstnávání, stigmatizace apod.

4.2 Charakteristika výzkumné metody

Hendl popisuje existenci tří základních strategií výzkumného šetření. Jedná se o strategii kvantitativní, kvalitativní a vzhledem k nárůstu výzkumných šetření, která využívají kombinaci výhod obou strategií, také tzv. smíšenou výzkumnou metodu. (Hendl, 1999) Pro realizaci výzkumného šetření této diplomové práce byla zvolena **kvalitativní výzkumná strategie**. Tato strategie je vhodná vzhledem ke stanovenému výzkumnému cíli výzkumného šetření, potřebě získat větší množství konkrétních informací a povaze zkoumaného souboru. Gavora uvádí, že „...výzkumník v kvalitativním výzkumu se snaží o sblížení se zkoumanými osobami, o proniknutí do situací, ve kterých vystupují, protože jen tak jim může rozumět a může je popsat.“ (Gavora, 2000, s. 31)

Miovský uvádí termín kvalita jako jakost, hodnotu nebo souhrn vlastností, ze kterých se dozvídáme potřebné informace o předmětu našeho zájmu. Prvními klíčovými termíny souvisejícími s kvalitou, tedy s kvalitativním přístupem, jsou jedinečnost a neopakovatelnost. Tento přístup se tedy nesnaží vyhnout fenoménům, které mohou jedinci vnímat velmi odlišně, v různých kvalitách a rovinách (Miovský, 2006).

Pro realizaci výzkumného šetření byla vybrána kvalitativní **metoda interview**. Gavora uvádí, že slovo interview je složené ze dvou anglických pojmů *inter* znamenající „mezi“, a *view* překládané jako „názor“ nebo „pohled“. Volně přeloženo se jedná o mezilidský kontakt (Gavora, 2000). Miovský popisuje, že z terminologického hlediska pojem interview označuje rozhovor, který je moderovaný a realizovaný za konkrétním účelem. Interview, které je prováděno tzv. face to face, se dle míry strukturace dělí do tří skupin.

Rozlišujeme interview nestrukturované, polostrukturované a strukturované (Miovský, 2006).

Pro výzkumnou část diplomové práce byla vybrána **metoda polostrukturovaného interview**. Dle Miovského se při tomto druhu rozhovorů využívají předem vytvořené okruhy otázek, které jsou následně s informanty diskutovány. Nejedná se však o pevnou strukturu. Jestliže to průběh rozhovoru vyžaduje, výzkumník může například měnit pořadí otázek nebo k základním otázkám přidávat otázky doplňující (Miovský, 2006).

Díky volnosti a pružnosti poskytované vybranou metodou byla vybrána **forma otevřených otázek**. Dotazovaný tak měl možnost hovořit o tom, co ho v rámci tématu nejvíce zajímá, v čem se cítí jako odborník a jaký svůj názor považuje vzhledem k diskutované problematice za stěžejní. V případě, který vyžadovat získání konkrétnější odpovědi, byla informantovi položena doplňující otázka. Pořadí otázek se dodržovalo, nicméně na mnoho otázek bylo odpovězeno v rámci otázek jiných, v souvislosti s provázaností některých otázek.

4.3 Rizika a etické otázky související s výzkumem

Skutečnost, že zvolenou výzkumnou metodou je forma interview, naznačuje jistá rizika související se získáváním dat. V kontextu rozhovoru, vedeného v rámci této diplomové práce, se lze setkat s několika rizikovými faktory. Zaprvé, nervozitou způsobenou nahráváním rozhovoru. Zadruhé, rizikem získání nevalidních informací může být malá časová dotace informantů. Zatřetí, rizikem je případná neochota nebo nemožnost uvést veškeré potřebné či zajímavé údaje, z osobních důvodů či důvodů spojených s mlčenlivostí v souvislosti s výkonem profese sociálního pracovníka. Posledním rizikovým aspektem jsou případné nízké zkušenosti s prací sociálního pracovníka či sociální pracovnice v dané sociální službě, případně menší vědomosti související s problematikou komunitní péče s osobami se schizofrenií.

Co se týče etiky výzkumu, je třeba dbát zejména na souhlas informantů s účelem rozhovoru, zajištění emoční bezpečnosti vytvořením příjemné atmosféry, udržení anonymity dotazovaných osob, nakládání se získanými údaji způsobem, který vylučuje jejich zneužití, udržení si odstupů a objektivní zpracování získaných dat, zveřejnění výsledků výzkumného šetření dotazovaným, jež o to projeví zájem.

4.4 Operacionalizace

Operacionalizace, tedy transformace teoretických východisek do měřitelných, je nezbytným procesem pro naplnění výzkumného cíle. Tabulka 1 nám ukazuje proces transformace dílčích cílů výzkumného šetření do konkrétních tazatelských otázek, díky kterým dojde ke sběru dat.

Tabulka 1: Transformační tabulka dílčích cílů do tazatelských otázek

Výzkumný cíl	Dílčí cíle	Tazatelské otázky
Zhodnotit vliv komunitního přístupu k péči o jedince se schizofrenií na inkluzi do lokální komunity.	1) Zjistit, v čem je participace jedince se schizofrenií do lokální komunity úspěšná.	1) Popište, jaké shledáváte silné stránky v oblasti bydlení lidí se schizofrenií.
		2) V čem vidíte pozitiva oblasti zaměstnání lidí se schizofrenií?
		3) Jaká pozitiva lze spatřit v oblasti vzdělávání lidí s tímto onemocněním?
		4) S jakými silnými stránkami se setkáváme v oblasti psychiatrie v rámci inkluze?
		5) Jaké volnočasové aktivity lze pozorovat u této cílové skupiny?
		6) Jak často se setkáváte s přijetím této cílové skupiny lokální komunitou?
		7) V čem přispívá komunitní přístup k péči o jedince se schizofrenií k jejich inkluzi?

	2) Zjistit v čem participace jedince se schizofrenií do lokální komunity není úspěšná.	8) Jaké jsou slabé stránky oblasti bydlení lidí se schizofrenií?
		9) Jaké bariéry vidíte v oblasti zaměstnání této cílové skupiny?
		10) Jaké faktory neúspěšnosti mohou ovlivňovat oblast vzdělání jedinců se schizofrenií?
		11) Jaké slabé stránky v oblasti zdravotnictví, respektive psychiatrie, můžeme zpozorovat v kontextu péče o jedince se schizofrenií?
		12) V čem může spočívat neúčast člověka s diagnózou schizofrenie na společenském životě lokální komunity?
		13) Jakým způsobem stigmatizace znesnadňuje proces participace?
		14) Jaké jsou slabé stránky komunitního přístupu k péči o jedince se schizofrenií v kontextu inkluze?
	2) Zjistit, která stávající opatření by za určitých podmínek mohla být více efektivní	15) Za jakých podmínek by mohla být oblast bydlení v souladu s inkluzí?
		16) Jak dosáhnout rovných příležitostí v oblasti

	v inkluzi jedince se schizofrenií do lokální komunity.	zaměstnávání lidí se schizofrenií?
		17) Jak upravit oblast vzdělání, tak, aby nabízela možnost vzdělávání se lidem se schizofrenií?
		18) Za jakých podmínek by oblast psychiatrie mohla mít větší potenciál k participování lidí se schizofrenií do lokální komunity?
		19) Jakými opatřeními by bylo možné zvýšit účast lidí se schizofrenií na společenském životě lokální komunity?
		20) Jakými metodami by bylo možné bojovat proti stigmatizaci a stereotypním projevům chování?
		21) Jakým způsobem lze zefektivnit komunitní přístup k péči o jedince se schizofrenií v kontextu inkluze do lokální komunity?

Zdroj: Vlastní

4.5 Výzkumný soubor a jeho výběr

Výzkumný soubor byl stanoven již v prvopočátku příprav diplomové práce. Na základě mapování a potřeby zhodnotit komunitní práci a její vliv na začlenění jedinců se schizofrenií do lokální komunity, byli jako výzkumný vzorek vybráni sociální pracovníci a sociální pracovníci zaměstnaní v sociální službě s komunitním přesahem, která pracuje s lidmi se schizofrenií či jinými duševními poruchami a to způsobem, který vede k jejich inkluzi do místní komunity.

Výběr výzkumného vzorku lze přirovnat k **principu sněhové koule**. Díky dobrovolnictví ve spolku Péče o duševní zdraví, z. s. (dále jen PDZ) v Hradci Králové jsem navázala kontakt s vedoucí tohoto střediska, která mne pak doporučila další odborníky, které jsem osobně oslovila o spolupráci. Nadále jsem zkontaktovala pomocí emailu také pražskou obdobu této služby, a to Fokus, z. ú. (dále jen Fokus). Rozdíly v názorech či praxi vzhledem k oblasti působení, nejsou vážným relevantním faktorem.

Interview bylo vedeno celkem se sedmi informanty, kteří byli vybráni bez ohledu na jejich podhlaví či věk, pouze v kontextu pracovní náplně jejich zaměstnání. Informanty se tak stalo šest žen a jeden muž. Někteří z nich si přáli zůstat v anonymitě a vybraly si pro účely interview jiná jména, většina však souhlasila se zveřejněním vlastního křestního jména. **Seznam informantů je následující:**

- Informantka č. 1 – Veronika, Fokus, Praha
- Informantka č. 2 – Kateřina, Fokus, Praha
- Informantka č. 3 – Michaela, PDZ, Hradec Králové
- Informantka č. 4 – Lenka, PDZ, Hradec Králové
- Informantka č. 5 – Petra, PDZ, Hradec Králové
- Informant č. 6 – Michal, PDZ, Hradec Králové
- Informantka č. 7 – Tereza, PDZ, Hradec Králové

4.6 Průběh vlastního empirického šetření

Před samotným začátkem výzkumného šetření byli informanti seznámeni s problematikou, kterou se diplomová práce zabývá, byl jim popsán cíl výzkumného šetření a účel, pro který budou data z rozhovorů využita. Současně jim byla položena

otázka, zda chtějí emailem zaslat strukturu rozhovoru před jeho zahájením, přičemž tato možnost byla všemi přijata. Termín setkání byl domluven pomocí emailu, přičemž místem k rozhovoru se ve všech případech stala kancelář dané sociální služby.

Rozhovor s informanty byl zahájen rekapitulací výzkumného cíle a cílů dílčích. Následně byli informanti srozuměni se zásadami anonymity v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů. Všem byla položena otázka, zda souhlasí s využitím nahrávacího zařízení k získání zvukového záznamu, přičemž nebyl nikým vyjádřen nesouhlas. Pro případ odmítnutí nahrávacího zařízení byl výzkumník připraven využít poznámkový aparát. Možnost přímého nahrávání rozhovorů je velice výhodná zejména z toho důvodu, že se výzkumník může plně koncentrovat na udržení plynulého chodu rozhovoru, nicméně nevýhodou může být jistá nervozita a případná uzavřenost informanta z vědomí, že jsou jeho slova nahrávána. Z těchto důvodů je velice důležité v prvopočátku rozhovoru navodit správný raport. Gavora raport popisuje jako „*navázání přátelského vztahu a vytvoření otevřené atmosféry.*“ (Gavora, 2000, s. 110), z toho důvodu byl rozhovor zahájen krátkou konverzací na běžná témata, která se však nestala součástí transkripce.

Doba, po kterou byly rozhovory vedeny, se lišila dle časových možností dotazovaných. V průměru rozhovory trvaly 45 minut, nicméně nejkratší z nich byl ukončen již po 25 minutách a nejdelší po 70 minutách. Po ukončení každého rozhovoru a získání jeho audiozáznamu, došlo k jeho přesné transkripci zahrnující i výrazy nespisovné češtiny (viz příloha č. 2).

4.7 Metoda analýzy dat

Data, jež byla získána kvalitativní metodou polostrukturovaného interview, byla zpracovávána a analyzována pomocí **kódování**. Po doslovném přepisu každého ze sedmi rozhovorů došlo k důkladnému prostudování všech dat.

Výsledky, které se u informantů opakovaly a vzhledem k účelu empirického šetření byla spatřena důležitost jejich obsahu, byly zvýrazněny barvou a byl k nim připsán odpovídající kód. Následně byly kódy porovnávány a byla v nich hledaná podobnost či souvislost. Poté došlo k vytvoření kategorií, jež zastřešovaly skupinu kódů, mezi nimiž byla spatřena souvislost.

5 Výsledky výzkumného šetření a jejich interpretace

Tato kapitola se zaměřuje na interpretaci výsledků výzkumného šetření, které bylo realizováno pomocí polostrukturovaných rozhovorů vedených se sociálními pracovníky a sociálními pracovníci ze sociálních služeb orientovaných na lidi trpícími schizofrenií a práci s komunitním přesahem.

Interpretace získaných údajů vychází z vytvořených kategorií pod záštitou jednotlivých oblastí inkluze, které byly stanoveny již před samotnou realizací výzkumu. Jednotlivé oblasti jako je bydlení, zaměstnávání nebo účast na společenském životě, jsou při interpretaci využity pouze orientačně. Samotná interpretace pak souvisí přímo s výsledky plynoucími z rozhovorů, tedy kategoriemi, které vznikly shlukem kódů.

Kategoriím můžeme na jedné straně rozumět jako názvům pro konkrétní oblast výsledků a zároveň je vnímat jako určitý most mezi samotnými výsledky a dílčími cíli výzkumného šetření. V jednotlivých tématech, například bydlení, jsou postupně interpretovány výsledky vycházející z prvního dílčího cíle, který se orientuje na pozitivní zhodnocení participace jedinců se schizofrenií do lokální komunity, z druhého dílčího cíle zaměřujícího se na získání popisu toho, co se v rámci participace těchto lidí nedaří, a třetího dílčího cíle, který zjišťuje, jakými prostředky nebo za jakých podmínek by tato participace mohla být úspěšnější.

5.1 Oblast bydlení

První hodnocenou a popisovanou oblastí inkluze v kontextu komunitního přístupu, je oblast bydlení. Potřeba bydlení a souvisejících jistot je něco, co sdílí každá lidská bytost, pro některé však může být velice komplikované si bydlení nalézt nebo v něm samostatně hospodařit.

Interpretace této oblasti byla rozdělena pod čtyři následující kategorie: podporování k samostatnosti, omezené možnosti v bydlení, podpora na straně města a edukace. Každá kategorie obsahuje výpovědi sociálních pracovníků dle vlastních zkušeností, případně názoru.

Kategorie č. 1: Podporování k samostatnosti

Tato kategorie souvisí s popisem a zhodnocením silných stránek oblasti bydlení lidí se schizofrenií jako jedné z oblastí inkluze, čímž odpovídá prvnímu dílčímu cíli výzkumného šetření.

Nejčastěji se v odpovědích respondentů objevoval názor související s potřebou podpory, vyjádřilo ho celkem šest ze sedmi dotazovaných. Například Kateřina říká: *„Pozitiva jsou určitě v tom, že ve chvíli, kdy člověk začne bydlet, tak s podporou se mnohem snáz začleňuje, je schopný být samostatný a pojmenovávat další zakázky, uvědomovat si vlastní nemoc, která už není taková překážka, tedy si říká, že je už schopný si nakoupit, sám si uklidit byt a udělat další krok, což je třeba práce.“* Velký problém je však často v tom, že člověk se schizofrenií nemá podporu ze svého přirozeného prostředí, jejíž nejdůležitější součástí je rodina. Michaela popisuje, že dlouhodobě neutěšená a nepojmenovaná situace v rodině, jakou může vyvolat schizofrenie, kterou trpí jeden její člen, vede někdy z důvodu neinformovanosti k tomu, že rodina přestane jevit zájem se s nemocným vídat. Neví, jak si se situací poradit, protože nechápe, že se jedná o nemoc, proto to po čase vzdává.

Jestliže nemocný člověk nemá nikoho blízkého, kdo by ho podpořil a pomohl mu nejenom po dlouhodobé hospitalizaci v nemocnici, je role sociálních pracovníků a sociálních pracovníc stěžejní. Petra říká: *„Za velice důležité a užitečné považuji docházení komunitního týmu přímo do domácnosti klienta, ať už to je přímo do jeho vlastního obydlí nebo třeba typu chráněného bydlení. Sociální pracovník může poskytnout potřebnou podporu, která napomáhá nemocnému se postupně učit samostatnosti.“* Veronika popisuje, jak důležité je ze začátku pomoci klientovi nastavit potřebný režim a pocit bezpečí. Sociální pracovník či pracovnice učí nemocného, že je třeba ráno vstát, udělat si jídlo, v případě potřeby zajít na nákup, opět si udělat jídlo, uklidit si, starat se o vlastní hygienu apod. Jestliže si nemocný zvykne na to, že má strukturu dne již stanovenou, tak nemusí chaoticky přemýšlet nad tím, co a jak má udělat.

Ve fázi nemoci, kdy člověk nezvládá základní péči o sebe sama a potřebuje někoho, kdo na něj bude často dohlížet a pomáhat mu zvyknout si na popisovaný režim, je efektivní, žít nějakou dobu v jedné z forem chráněného bydlení. Tereza říká: *„Velice se osvědčuje*

funkce tréninkových případně terapeutických bytů. V tréninkových bytech žijí většinou po určitou dobu lidé, kteří se o sobě dovedou částečně postarat, to znamená, že si zvládnout nakoupit jídlo, částečně uklízet domácnost, takže není potřeba s nimi v tom jejich obydlí každý den několik hodin být. Na druhou stranu terapeutické byty jsou právě pro ty, kteří potřebují pomoc i s úklidem, vařením, nákupy a takovými základními úkony, že je nutné, aby na ně každý den někdo několik hodin dohlížel a taky zjišťoval, jestli berou svoje prášky a tak. Takže se jim pomáhá a radí, ale taky se vedou k tomu, aby to příště zvládli sami lépe a časem byli co nejvíce samostatný.“

Kategorie č. 2: Omezené možnosti v bydlení

Druhá kategorie souvisí s druhým dílčím cílem a nese odpovědi respondentů na otázku týkající se slabých stránek oblasti bydlení lidí se schizofrenií. Všichni respondenti hovořili o tom, že největším problémem je nedostatek bytů obecně, případně, že jejich ceny jsou příliš vysoké a k utěšení situace nepomáhá ani fakt, že je stále nedostatek míst ve chráněném bydlení. Tereza stručně popisuje situaci: *„Možností bydlení pro lidi se schizofrenií je stále málo, s invalidním důchodem na ceny komerčních bytů nedosáhnou, míst v tréninkových bytech je málo a sociální byty jsou na tom ještě hůř. Vidím nedostatečnou součinnost s magistrátem města, mnohdy také nedůvěru a předsudky pronajímatelů. Je to složitý.“*

Michaela navíc uvažuje nad efektivitou tréninkových bytů, říká.: *„Záleží na tom, jak moc skutečně to tam je jako doma a jak moc je to nástroj sociálních pracovníků k nějaké práci. Tedy do jaké míry je tréninkový byt plnohodnotným bydlením...“* Společně s Petrou a Lenkou navíc vyzdvihují problém nedostatečného množství navazujících opatření, kvůli kterému se mnohdy prodlužuje doba hospitalizace nebo lidé z nemocnic odchází do ubytoven. Michal dodává v souvislosti s nedostatkem možností bydlení a podpory i problematiku nedostatečné péče o sebe sama *„Podpora je důležitá, hlavně na začátku nemoci nebo po dlouhé hospitalizaci, kdy můžeme mluvit i o několika letech, kdy člověk trpí sociální izolací a nemá možnost se o sebe naučit starat, pak sledujeme, jak jsou lidé pasivní, nemají motivaci k žádným činnostem, odbývají se nevhodnou stravou, nedodržíjí pořádek a mají také problémy s hygienou. Je třeba je to naučit, nejlépe v jejich přirozeném prostředí, ale jestliže nemají kam jít a my jim nemůžeme poskytnout místo v tréninkových bytech, protože těch míst je málo, kde se to pak mají učit?“*

Kategorie č. 3: Podpora na straně města

Třetí kategorie související s oblastí bydlení se týká aktivity magistrátů či městských nebo obecních úřadů. Na otázku, jakými prostředky či opatřeními by bylo možné zefektivnit oblast bydlení lidí se schizofrenií, mnoho respondentů hovořilo hlavně o potřebě větší spolupráce či aktivity na straně města.

V kontextu nedostatku především sociálních bytů bylo ze strany respondentů odkazováno právě na magistrát jako na možný zdroj řešení tohoto problému, který by mohl přetnout koloběh nepotřebně dlouhé hospitalizace či bydlení na ubytovnách. Veronika popisuje ideální podmínky takto *„...ted' se hodně mluví o sociálním bydlení, protože lidi, kteří pobírají invalidní důchod nedosáhnou na tržní nájem. A kdyby jo, tak musí platit třeba kauce a několik nájmů dopředu. A na to nemají. Takže je potřeba sociálních bytů. Ale jediného, čeho se docílí je to, že jsou ty lidi pak na čekačce a končí na ubytovnách. Takže kdyby městské části měly dostatek sociálních bytů, člověk prošel tréninkem a byty byly různě rozmístěny, aby nebyly třeba všechny v jednom baráku, tak by to hodně prospělo inkluzi.“* Vedle návrhů na zvýšení aktivity ze strany města, se ještě objevil názor Petry odkazující na potřebu větší kapacity terénních sociálních služeb s multidisciplinárním terénním týmem, který by mohl podporovat lidi s nemocí v jejich prostředí.

Kategorie č. 4: Edukace

Čtvrtá kategorie stejně jako ta třetí souvisí s návrhem zefektivnění oblasti bydlení pomocí určitých opatření, čímž přímo odpovídá třetímu dílčímu cíli výzkumného šetření.

O edukaci bylo velice často hovořeno jako o možnosti řešení problémů nejenom na straně bydlení lidí se schizofrenií. Jak bylo výše uvedeno, Michaela hovořila o neinformovanosti rodin duševně nemocných lidí, které nebyly schopny pojmenovat, co se s jedním z nich děje, což rodinu rozdělovalo. Také Veronika mluvila o edukaci, avšak směrem k sousedům nemocného *„...kdyby, když se člověk s touhle nemocí stěhuje do toho baráku, tak se udělala přednáška pro lidi ze sousedství, aby tomu rozuměli, věděli, co dělat, kdyby si všimli, že je člověk v krizi, aby věděli, kam zavolat, nebo se toho člověka třeba zbytečně nebáli a tak.“*

Shrnutí výsledků oblasti bydlení

Výpovědi informantů ukazují, že záměr komunitní péče, jimž je zplnomocňování klientů, jejich vedení přecházející k samostatnosti a nezávislosti, se daří. Sociální pracovníce a sociální pracovníci za pomoci psychosociální rehabilitace napomáhají k tomu, aby klient zvládal běžné životní situace za pomoci vlastních sil. Zároveň skutečně dochází k tomu, že práce s klientem probíhá v jeho přirozeném prostředí, což je jedním ze základních stanovisek komunitní péče.

Srovnáváme-li výpovědi informantů s popisem alternativních míst k bydlení dle Valentové v teoretické části diplomové práce, vidíme, že skutečně dochází k využívání chráněného bydlení a dle dotazovaných nejčastěji v rámci chráněných bytů, které informantka Tereza rozlišuje na terapeutické a tréninkové dle potřebné míry podpory.

V kontextu s bydlením můžeme sledovat alespoň jeden ze sociálních aspektů schizofrenie. Jedná se o narušený vztah s rodinou v důsledku neinformovanosti, jisté hanby, pocitů viny a nevyrovnáním se s přítomností nemoci. Rodina s nemocným mnohdy přerušuje vazby a on musí najít bydlení jinde bez jejich pomoci. Nicméně problém je, že možností bydlení není v praxi mnoho. Jak vidíme ve výsledcích rozhovorů, množství chráněného bydlení, případně sociálních bytů, které by byly pro danou cílovou skupinu vhodné, je velice málo. Následkem jsou lidé v dlouhodobé hospitalizaci, která vzhledem k zdravotnímu stavu není již nutná, nemocní žijící v ubytovnách a v nejtěžších případech i ti, co žijí jako bezdomovci. Bohužel ani v případě, že by bylo chráněných míst k bydlení dostatek, by problém nebyl zcela vyřešen. Neexistují totiž opatření, která by umožnila plynulý přechod z chráněného bydlení jinam. Právě proto, že taková opatření nejsou, a ne každý klient je schopný zaplatit výši tržního nájmu za byt z vlastních zdrojů, se stále setkáváme s problémem, že lidé se schizofrenií nežijí v přirozeném prostředí participování do místní komunity.

Pro život v přirozeném prostředí by bylo potřeba zvýšit množství chráněného bydlení, sociálních bytů, což je v kompetenci magistrátů či městských úřadů, zvýšit počet terénních sociálních služeb a také zajistit edukaci, například prostřednictvím destigmatizačních kampaní, zaměřených na rozšíření povědomí o tomto onemocnění směrem k rodinám i široké veřejnosti.

Z odpovědí informantů na oblast bydlení plyne tedy zejména to, že kdyby bylo dostatek sociálních bytů či chráněného bydlení, v kontextu s tím, že nepředpokládáme snížení cen komerčních bytů, a bylo by dostatek terénních služeb, stav bydlení lidí se schizofrenií či dalších duševních nemocí by se zlepšil. Nebyli nadále nuceni bydlet na ubytovnách nebo zůstat v psychiatrických zařízeních déle, než je potřebné. Zároveň díky podpoře, která se těmito lidem ze strany komunitních týmů sociálních pracovníků a sociálních pracovníků dostává, se stávají samostatnějšími, učí se efektivně hospodařit a postupně se dostávat ze sociální izolace, která s jejich nemocí často souvisí.

5.2 Oblast zaměstnání

Druhou popisovanou oblastí je oblast zaměstnávání. Interpretace výsledků je rozdělena pod tři následující kategorie: podmínky zaměstnávání, přístup k vlastní osobě, edukace a změna postoje zaměstnavatele.

Kategorie č. 1: Podmínky zaměstnávání

První kategorie popisující výsledky oblasti zaměstnání se orientuje na zhodnocení aktuálních možností a stavu zaměstnávání lidí se schizofrenií či jiných duševních nemocí a dále na přístup zaměstnavatelů a sociálních pracovníků a pracovníků. První i druhá kategorie odpovídá na první a druhý dílčí cíl zároveň, a to z důvodu toho, že nebylo možné odpovědi respondentů přímo rozdělit na odpovědi s pozitivním vyzněním a vyzněním negativním.

Většina respondentů se shodla na tom, že možnosti zaměstnávání duševně nemocných lidí jsou různorodé. Je možné najít pracovní místo na běžném pracovním trhu, v kontextu invalidního důchodu, který je běžně dáván takto znevýhodněným, nejčastěji na zkrácený úvazek, dále v chráněných dílnách a sociálních firmách.

Názor na to, zda je dostatek pracovních míst, se lišil. Veronika a Kateřina, sociální pracovníce vykonávající svoji profesi v Praze, uváděly, že volných pracovních míst je dostatek, tudíž není problém pro motivovaného člověka najít zaměstnání i přes jeho zdravotní znevýhodnění. Naopak Michaela, Petra a Michal vyjádřili opačnou zkušenost. V Hradci Králové je dle nich problém s nedostatkem pracovních míst, v kterých by se mohli uplatnit lidé s duševním onemocněním. Petra aktuální stav popisuje následovně:

„Stále se potýkáme s nedostatkem chráněných dílen, které navíc mají dost vysoké požadavky, a sociálně terapeutických dílen je také málo, o co hůř, ani úřad práce příliš nepomáhá. Bohužel problém je i v tom, že na Hradecku nemáme dostatek služeb podporovaného zaměstnávání a IPS² v ČR teprve začíná.“

Vysoké pracovní nároky na duševně nemocné zdůrazňovala vedle Petry také Kateřina, Tereza a Michaela. Tereza uvádí, že práce v chráněných dílnách je málo rozmanitá, většinou manuální a fyzicky dost náročná, Kateřina navíc říká: *„Opakující se fenomén jsou práce, i v sociální firmě, kdy nasadí vysokou laťku a očekávají od člověka s duševním onemocněním, že bude pracovat s plnějším nasazením a když nesplňuje nároky, tak jsou poměrně zklamaní, což je paradox.“*

Tři respondentky také mluvily o negativním chování, konkrétně odmítání duševně nemocných ze strany zaměstnavatelů. Michaela uvádí: *„...setkávám se s tím, že jsou ty lidi už u pohovoru odmítaní. Třeba nechtějí mluvit o svém onemocnění, ale mají nějaký stupeň invalidity a zaměstnavatelé se jich ptají, co to je a co to znamená, a tam se setkávají s takovým tím prvoplánovým odmítáním.“* Lenka i Tereza hovoří o celkové neinformovanosti ve společnosti ohledně této problematiky, která se odráží i v procesu zaměstnávání. Zaměstnavatelé bývají nedůvěřiví, mají předsudky a nerespektují odlišnosti těchto jedinců.

Na druhou stranu někteří respondenti zdůrazňovali také podporu, která se lidem se schizofrenií či jinými duševními nemocemi dostává, a to jak ze strany sociálních pracovníků, tak i ze strany zaměstnavatelů. Takováto pozitiva vidí Veronika, Tereza a Michaela. Michaela uvádí, že vzhledem k této nemoci je ze strany zaměstnavatelů skutečně třeba, aby vycházeli vstříc, což již dnes můžeme vidět na principu chráněných dílen a sociálních podniků, které jsou vytvářeny již za tímto účelem. Také je možné aplikovat metodu podporovaného zaměstnávání nebo dojednat se zaměstnavateli cvičné dny.

Veronika popisuje navíc podporu ze strany sociálních pracovníků v komunitním týmu, která tkví v motivování nemocného k práci, také v pomoci s vytvořením životopisu či

² Individuální umístění a podpora – metoda podporovaného zaměstnávání

nasměrováním v tom, kde a jak je možné hledat práci. Některé sociální služby navíc mají tým pracovních konzultantů, kteří pomáhají klientům se připravit na pracovní pohovor.

Kategorie č. 2: Přístup k vlastní osobě

Druhá kategorie se zaměřuje přímo na osobu nemocnou schizofrenií. Mezi respondenty se objevovali zejména dva názory. Pět z nich uvedlo, že jestliže jsou jejich klienti rozhodnutí, že skutečně chtějí pracovat, jsou dostatečně motivovaní, pak si práci najdou a následně cítí seberealizaci a získávají sebevědomí. Na druhou stranu existuje prokazatelně omezená pracovní schopnost lidí se schizofrenií, mnohdy v důsledku medikace, která může zrazovat od zaměstnání a nemocní pak mají nedůvěru sami v sebe. Veronika říká: *„...ty lidi si nevěří, sebevědomí mají nízké, třeba po opakovaných selháních v práci a dál to zkoušet nechtějí...i první odmítnutí v práci je může odradit a můžou si vytvářet nějaké paranoidní konstrukce o tom, proč je nevzali, proč se jim nelíbili.“*

Kategorie č. 3: Edukace a změna postoje zaměstnavatele

Kategorie číslo tři se v souladu se třetím dílčím cílem zaměřuje na návrh zefektivnění procesu zaměstnávání lidí se schizofrenií. Jak již bylo avizováno, je třeba aby osoba zaměstnavatele měla vstřícný a chápající přístup. Navíc je třeba, aby zaměstnavatel byl připraven upravovat podmínky zaměstnávání tak, aby vyhovovaly osobám s různými druhy znevýhodnění a přístup byl co nejvíce podporující a individuální. Michaela říká: *„...je to spíš o tom být schopný nějaké individuální podpory jako zaměstnavatel.“* Michal navíc popisuje: *„Je třeba vytvořit takové podmínky, které budou umožňovat rovnost. Usilovat o tuto rovnost s přihlédnutím ke specifickým potřebám každého jednotlivce.“*

Pět respondentů ze sedmi hovoří o potřebě edukace zaměstnavatelů. Je třeba poskytnout jim takové informace, které by vedly k větší otevřenosti, aby následně začali dávat větší šanci se pracovním uplatnit i lidem se znevýhodněním. Bylo by zapotřebí, aby vznikala pracovní místa s flexibilnější pracovní dobou, nejlépe na nějaký kratší úvazek. Stále se navíc setkáváme s problémy souvisejícími s předsudky a nálepkováním, což zaměstnavatelům brání v přijetí lidí nejenom se schizofrenií. Opačným případem uvažování je situace, kdy zaměstnavatel na základě tlaku úřadu práce zaměstná člověka se zdravotním znevýhodněním, kterému pak nedá skoro žádné pracovní kompetence.

Veronika popisuje situaci: „*Některé firmy to berou tak, že je to nějaký způsob charity a zaměstnávají lidi, co tam nakonec nic nedělají, a on sám člověk to vycítí a nedává mu to žádný smysl, a to si myslím, že není úplně zdravý...případ byl, když člověk byl zaměstnaný na recepci a nejdřív mu zakázali brát telefony, pak otevírat dveře, a nakonec tam sice byl, ale nic nedělal.*“

Shrnutí výsledků oblasti zaměstnání

Problematika zaměstnávání lidí se schizofrenií je velice různorodá. Jak vyplývá z výsledků rozhovorů, možnosti pracovního uplatnění jsou různé. Informanti se shodovali v tom, že se běžně využívají formy chráněné práce, která je popisována v teoretických východiscích předchozí kapitoly. Velice často se využívají chráněné dílny, setkat se však můžeme také s přechodným nebo podporovaným zaměstnáváním, nikoli však v takové míře, která by byla potřebná. Pracovní možnosti pro lidi se schizofrenií však nabízí i běžný pracovní trh, jedná se zejména o zaměstnání na částečné úvazky.

Lidé se schizofrenií, kteří chtějí pracovat, potřebují velkou míru podpory od sociálních pracovníků a pracovníků, které se jim dle informantů dostává. Existují sociální služby, které se zaměřují na pracovní rehabilitaci, jak je popisováno výše, ale také takové, které připravují uživatele péče na pohovor, pomáhají se sestavením životopisu případně poskytují rady, jak si najít práci na běžném pracovním trhu.

Různorodost v pracovních místech je veliká, nicméně pracovního uplatnění pro lidi s duševním onemocněním dle informantů není mnoho. Mnoho je naopak překážek, které možnosti zaměstnávání této cílové skupiny snižují. Ve shodě s vymezením těchto překážek v teoretické části diplomové práce, byli informanti, kteří uvedli jako problém nízký počet pracovních míst a diskriminaci. Je pravděpodobné, že v případě absence těchto překážek, by lidé se schizofrenií, jejichž stav je stabilizovaný, byli více zaměstnáváni, protože motivace, mnohdy dokonce přání pracovat, je z jejich strany značné, což uvádí jak informanti, tak van Weeghel a Zeen ve statistice, uvedené v předchozí kapitole.

Nezaměstnanost lidí s duševním onemocněním úzce souvisí s jejich zdravotním stavem. Jak bylo vymezeno v druhé kapitole, mezi projevy nemoci patří například bludy, halucinace, bizarní projevy, neschopnost jednat cílevědomě či uvědoměle, problémy

s paměti nebo depresivní naladění. V případě chronického stavu a přítomnosti takovýchto symptomů, je velice problematické být průceschopný. Z tohoto důvodu lidé se schizofrenií často zůstávají doma odkázáni pouze na invalidní důchod.

Jako možnost řešení zaměstnávání lidí, jejichž stav je stabilizovaný, je na jedné straně vytvoření více míst chráněného zaměstnávání a na druhé straně zvyšování informovanosti pomocí osvětových aktivit. Ve středu edukace by měl být zaměstnavatel, který by v ideálním případě měl být schopen individuálního přístupu k jedinci, podpory a samozřejmě vztahu se zaměstnancem bez stereotypních projevů.

5.3 Oblast vzdělávání

Třetí oblast, na kterou se zaměřuje výzkumné šetření diplomové práce, se orientuje na zhodnocení vzdělávání, jakožto oblasti související s inkluzí lidí s duševním onemocněním do lokální komunity. Výsledky tohoto šetření jsou popisovány v rámci tří kategorií – podpora ke vzdělávání, vliv onemocnění, podpora ze strany školy a edukace.

Kategorie č. 1: Podpora ke vzdělávání

První kategorie se po vzoru prvního dílčího cíle zaměřuje zejména na pozitivní zhodnocení oblasti vzdělávání lidí se schizofrenií. Tři z respondentů přemýšlí nad touto oblastí v kontextu dané cílové skupiny jako o něčem nerelevantním v souvislosti se speciálním zacházením nebo speciálními potřebami. K této oblasti by se dalo uvést, že o ní více hovořili pouze dvě sociální pracovnice, a to Veronika a Kateřina, které svojí pracovní pozici vykonávají v Praze, kde je pravděpodobně více možností a více druhů podpory nežli v Hradci Králové, kde pracuje zbytek respondentů.

Tři respondenti dávají do souvislosti se vzděláváním těchto nemocných osob faktor věku. Nejčastěji se toto onemocnění začíná projevovat okolo dvacátého až dvacátého pátého věku (u mužů průměrně dříve, u žen průměrně později). Lze tedy předpokládat, že většina lidí trpících touto nemocí již dokončila své studium před onemocněním, a to minimálně střední školu, někdy i školu vysokou. Veronika toto tvrzení dokazuje, když říká: *„Většinou ty lidi vystudujou základku a střední školu a někdy i vysokou, někdy ty problémy právě na té vysoké začnou. Co já mám zkušenosti, tak ty lidi jsou už po škole.“*

Můžeme se však setkat i s případy, kdy člověk s duševním onemocněním studuje participován v místní komunitě. Aby byl schopný své vzdělání dokončit, potřebuje podporu, a to jak ze strany rodiny, sociálních pracovníků či pracovníků, tak ze strany školy. Kateřina popisuje: *„S podporou je mnohem snazší dodělat školu, ačkoliv samotná nemoc je vážně překážka. Bez podpory je třeba se naučit nestavět si laťky tak vysoko a dojít si k tomu postupně.“*

Podporu ve vzdělávání poskytují specializovaná centra jako je například centrum Baobab v Praze nebo i psychiatrická oddělení nemocnic. Veronika říká: *„...středisko Baobab má program Student, kam dochází lidi, kteří chtějí studovat a vzdělávat se... Existují i nácviky kognitivních funkcí, to dělá třeba ústřední vojenská nemocnice, oddělení psychiatrie, ty mají nějaké programy. Ale snažíme se spíš ty lidi podpořit nějak individuálně. Pomáháme nějak, aby si to strukturovali, kdy se co naučí a vytvořili si nějaký plán.“*

Dvě respondentky navíc hovoří o možnostech rekvalifikace, nicméně Michaela pouze uvažuje nad tím, zda existují nějaké rekvalifikace více uzpůsobené potřebám duševně nemocných lidí, na rozdíl od ní Kateřina dává konkrétní příklad: *„My nabízíme možnost rekvalifikačních kurzů, kolegové z týmu podporovaného zaměstnávání s tímto tématem hodně pracují a my na ně odkazujeme.“*

Petra s Terezou přemýšlí nad existencí speciálních vzdělávacích programů. Petra říká: *„Myslím si, že například UHK má nějaký vzdělávací program pro lidi se speciálními potřebami.“*, Tereza pak uvádí, že lze využít alespoň distanční formy vzdělávání.

Kategorie č. 2: Vliv onemocnění

Druhá kategorie se zaměřuje na popis slabých stránek související s oblastí vzdělávání. Všichni respondenti se shodli na tom, že samotná nemoc je překážka natolik velká, že vzdělávání ve většině případech znemožňuje nebo ho dělá velice těžkým. Právě na základě tohoto popisu byla vyjadřována potřeba podpory v případě, že se někdo rozhodne studovat nebo si udělat rekvalifikační kurz.

Lenka popisuje jeden z důvodů, proč je vzdělávání pro lidi se schizofrenií složité: *„...nemoc totiž zasahuje kognitivní funkce, je těžké udržet pozornost, soustředit se, kor v případě, že někdo trpí bludy, to je pak velmi těžké nad něčím přemýšlet a věnovat se*

tomu. Ve velmi těžkých případech mohou mít i problémy s pamětí, takže zapamatovat si učivo může být problematické.“

Schizofrenie je v určité fázi spjatá s apatií, negativismem, depresemi, v takových případech člověk trpící touto nemocí nemá motivaci se vzdělávat a upřednostňují se jiné zakázky. Dalším problémem dle Terezy mohou být hospitalizace, které by mohly narušovat plynulí chod studia.

Kategorie č. 3: Podpora na straně školy a edukace

Třetí kategorie souvisí s návrhem na zlepšení či posílení možností vzdělávání a návazně s participací lidí se schizofrenií do komunity vzdělávajících se občanů.

Kromě dvou informantů, kteří nevěděli, jak na otázku související s tématem odpovědět, se všichni shodli na tom, že je třeba udělat vstřícnější krok ze strany školy, případně celého školství. Opět se u této oblasti objevovaly názory související s potřebou edukace, Michaela říká: *„...je důležité, aby ta škola věděla, co se děje a dokázala pomoci a podpořit. Je důležitá právě ta reakce instituce v té první fázi, a tam je to zase otázka edukace. Když nemoc přijde, člověk je neorientovaný, není pánem svého života, ale když přijde ta správná podpora, tak není překážka se do školy vrátit.“*, s názorem Michaely souvisí i názor Lenky, která apeluje na individuálnější přístup ve školách a společně s Terezou i na umožňování studia z domova. Michal nehovoří o vzdělávání na vysokých případně středních školách, ale vyjadřuje potřebu vzniku takových vzdělávacích programů, kde by lidé se schizofrenií získali potřebné znalosti a dovednosti k pracovnímu uplatnění, ale také informace zajišťující zvýšení kvality života.

Většina informantů se shodla na potřebě podpory od školy, nicméně nelze zapomenout i na přístup k sobě sama, který popisuje Kateřina: *„Každý na sebe může klást určité nároky a nějaké nemůže. Je třeba přijmout vlastní tempo, ve kterém se najdeme, tak aby nám bylo dobře. Když se pak cítím líp, tak můžu tempo změnit, zrychlit a studovat...školu totiž nezměníte tak, aby vyhovovala všem a ani ne všem lidem se schizofrenií, každý tu nemoc prožívá jinak.“*

Shrnutí výsledků oblasti vzdělávání

Oblast vzdělávání v kontextu s cílovou skupinou lidí trpících schizofrenií není tolik diskutovaným tématem. Podle informantů je to pravděpodobně z toho důvodu, že vzhledem k věku, v kterém se začíná nemoc projevovat, jsou lidé se schizofrenií nejčastěji již absolventy v určitém oboru a ve studiu dále nepokračují. V teorii diplomové práce je však uvedeno, že začátek duševního onemocnění přímo spadá do období vzdělávání, nicméně z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že se jedná pouze o případ vzdělávání na vysoké škole.

V případě, kdy se nemoc začne projevovat již v období studia, je rozhodujícím faktorem úspěchu motivace jedince a vstřícný individuální přístup školy. V předchozí kapitole je popisováno, že Pěč a kolektiv uvádí jako jednu z forem rehabilitace také podporované vzdělávání, kdy osobě nemocného pomáhá k dokončení jeho studia asistent.

Jednou z možností vzdělávání, kromě klasického vysokoškolského, jsou rekvalifikační kurzy, které jsou v určitých oblastech České republiky dle informantů podporované sociálními službami. Nicméně vzhledem k malé rozšířenosti služeb podporovaného zaměstnávání, se jedná o možnost, která je prozatím pouze v začátcích svého působení.

Jako prostor pro zlepšení můžeme spatřovat na jedné straně právě podporované zaměstnávání a podporované vzdělávání, na straně druhé edukaci zejména směrem ke vzdělávacím institucím, které ne vždy umí poskytnout individuální přístup ke vzdělávání.

5.4 Oblast psychiatrie

Čtvrtou hodnocenou oblastí související s inkluzí lidí se schizofrenií do lokální komunity je zdravotnictví, v kontextu této nemoci konkrétně psychiatrie. Stejně jako u ostatních oblastí výsledků, je dle dílčích cílů hodnocena úspěšnost inkluzivního vlivu, jeho neúspěšnost a popis opatření, která by mohla zvýšit jeho efektivitu. Výsledky jsou shrnuty pod čtyři kategorie – komunitní přístup v psychiatrii, zastaralý psychiatrický přístup, důraz na spolupráci a systémové změny.

Kategorie č. 1: Komunitní přístup v psychiatrii

Tato kategorie výsledků se zaměřuje na zhodnocení a popis zejména toho, co se v psychiatrii v kontextu komunitní práce daří. Nicméně není možné zcela oddělit to pozitivní od negativního. Můžeme říci, že současný stav psychiatrie je lepší, nežli býval, a že jsou skutečně věci, které se daří dělat, ale není to stav dostačující. Z tohoto důvodu není možné zcela oddělit popis silných stránek od těch slabých.

Pět respondentů ze sedmi se vyjadřuje ke spolupráci mezi komunitními týmy sociálních pracovníků, psychiatry a psychiatrickými zařízeními. Shodují se na tom, že navázat spolupráci se daří. Protože komunitní týmy v současné době pracují na bázi case managementu, jejich cílem je vytvořit takovou síť služeb, která nemocným pomůže v jejich životní situaci, a to s ohledy na jejich individualitu a konkrétní problém související nejenom se zdravotním a sociálním stavem. Petra popisuje: *„Víc a víc se začíná objevovat tendence k otevřenému přístupu psychiatrů komunitním službám, respektive začínají vnímat pacienta jako člověka, který nějak žije za jejich zdmi ordinací.“* Pravděpodobně díky této změně vnímání je snazší navázat spolupráci. Dnes již docela běžně funguje komunikace mezi sociální službou a psychiatry. Psychiatrův úhel pohledu je velmi důležitý například při vytváření individuálního plánu pomoci konkrétnímu klientu sociální služby. Sociální služby navíc úzce spolupracují také s psychiatrickými nemocnicemi, jakožto služby návazné pomoci. Michal říká: *„Například my navazujeme spolupráci s psychiatrickou nemocnicí v Havlíčkově Brodě. Jezdíme tam na případové konference, získáváme typy na nemocné, kteří potřebují po odchodu z nemocnice sociální pomoc, někdy i pomoc s bydlením, takže když máme místo, bereme je k nám do terapeutického bytu. Taky za nimi do nemocnice jezdíme a připravujeme je na odchod a návrat.“*

Čtyři respondenti odkazují na začátky fungování multidisciplinárních týmů u nás. Kateřina dokonce říká, že komunitní týmy již zanikají, a právě multidisciplinární týmy je nahrazují. Popisuje: *„...takovou tendencí a prioritou je vznik multidisciplinárních týmů, taky podpora rodiny a okolí, nejen práce se samotným klientem. A to je práce taky pro psychologa. To je tedy velký plus, který vzniká už i u nás. Velmi úzká spolupráce napříč těma oborama.“* Michaela říká to samé a dodává: *„Multitýmy výrazně přispívají k tomu,*

že ty lidi můžou fungovat doma. Blbý je, že to trvá dlouho a že jsou stále nějaké systémové překážky.“

Kategorie č. 2: Zastaralý psychiatrický přístup

Druhá kategorie výsledků hodnotí negativa psychiatrie v kontextu inkluze lidí se schizofrenií. Čtyři respondenti se shodují v tom, že se i v dnešní době stále setkáváme se zastaralým psychiatrickým přístupem, Michal dokonce hovoří o biologicko-technickým přístupem.

Lenka s Michalem popisují neindividuální přístup při hospitalizacích, mluví o kolektivních diagnózách, o tom, jak hospitalizace působí sociální izolaci, zejména když je dlouhodobá. O dlouhodobých hospitalizacích pak hovoří také Petra, Veronika a Tereza. Tereza říká: *„Dlouhodobý pobyt v nemocnicích má za následek takzvaný hospitalismus, kdy člověk není schopen v běžném světě fungovat.“* Tento problém navíc umocňuje skutečnost, že lidé pobývají v nemocničních zařízeních déle, než prospívá jejich zdravotnímu stavu. Petra se k tomu vyjadřuje následovně: *„V nemocnicích je stále hodně lůžek následné péče, plno lidí tu je bezdůvodně hospitalizováno, takže schopnosti potřebné k normálnímu životu tu lidem upadají.“* Veronika dodává: *„...krize má začátek a konec a pokud je to součástí onemocnění a je to chronická krize, pak už je otázka, zda to vyléčí dlouhodobá hospitalizace a člověku to pomůže, ale ukazuje se, že ne...Když si zvyknou na servis, tak ani nechtějí hospitalizaci opustit a vrátit se do komunity.“*

Tři respondenti hovoří o problematice nedostatečné práce psychiatrů v terénu. Tendence k práci s nemocnými přímo v jejich přirozeném prostředí stoupá, nicméně u psychiatrů se jedná o problém. Respondenti hovoří o tom, že jestliže by psychiatři chtěli do tohoto konceptu přispět, museli by tuto práci dělat nezištně bez finanční odměny. Pojišťovny totiž proplácí pouze takové zdravotní úkony, které jsou poskytovány v ordinacích či jiných zdravotnických zařízeních. Veronika hovoří o zkušenosti z Prahy, kde alespoň psychiatrické zdravotní sestry pracují v terénu a říká: *„Tady v ústřední vojenské nemocnici je tým terénních zdravotních sester, které se snaží třeba doprovodit člověka k lékaři a když je nejhůř a člověk nemůže nebo nechce k lékaři dojít, tak sestra lékaře informuje o jeho stavu a on může zajistit převoz do nemocnice.“*

Kategorie č. 3: Systémové změny

Třetí kategorie výsledků souvisí se třetím dílčím cílem a je reakcí na problém, který psychiatrům znemožňuje pracovat v terénu a zároveň ukazuje jakými způsoby by se mohlo docílit toho, aby psychiatrie v budoucnu byla více terénní a komunitní záležitostí. K vytvoření této kategorie přispěly odpovědi čtyř respondentů.

Na otázku, za jakých podmínek by psychiatrie mohla mít větší potenciál skutečně napomáhat k inkluzi se shodně vyjádřila Veronika s Michaelou. Michaela říká: „*Hlavně je to finanční podpora ze strany pojišťoven. Je to podle mě systémová věc. Pokud tomu lékaři pojišťovna nezaplatí výjezd za pacientem, tak rozumím tomu, že tam nejezdí. Není to jen ta hodina, kterou on stráví u toho pacienta, ale jsou to i náklady, které on sám by musel zaplatit za cestu.*“ Veronika se k tomu vyjadřuje následovně: „*...musely by se změnit podmínky financování toho zdravotnictví... Ministerstvo zdravotnictví se snaží, ale výsledky nejsou. Kdyby se to financovalo, služby by byly více v terénu, a ne v ordinaci. Staví se to vlastně jenom na tom, že by terénní forma péče nahradila hospitalizaci, která taky stojí hodně peněz...reforma by měla spočívat v tom změnit financování a nepodporovat dlouhodobé hospitalizace, ale spíš ty krátkodobé, když je člověk opravdu v krizi.*“ Na stejnou otázku reagovala Lenka odpovědí, že vhodnou cestou by mohla být Centra duševního zdraví, která by nabízela individuální přístup ke klientovi a kde by kapacitní možnosti pracovního týmu dovolily pracovat s duševně nemocnými lidmi natolik, nakolik potřebné to skutečně je.

Petra a Michaela hovoří o potřebě implikace tematiky komunitní péče do učebních osnov budoucích psychiatrů. Změna studia by měla tkvět v důrazu na sociální psychiatrii a změně hodnot zdravotnického personálu obecně. Již ve školách by se mělo apelovat na potřebu vzniku terénních zdravotních služeb, které jsou schopny reagovat na klientovy potřeby v jeho přirozeném prostředí.

Kategorie č. 4: Důraz na spolupráci

K tomu, jak zefektivnit inkluzivní vliv oblasti psychiatrie, shrnutý ve čtvrté kategorii výsledků, se vyjádřili tři respondenti. Hovoří především o potřebě spolupráce a rozšíření multidisciplinárních týmů, v kterých spolupracují lidé z několika různých profesí tak,

aby zajistili celistvou péči a urychlili tak proces uzdravování, a to nejlépe v prostředí, kde se daný člověk volně pohybuje.

Michal říká, že je třeba následující: „*Musíme se snažit o propojování sociální složky se zdravotní, dívat se na člověka jako na celek, těžko pomáhat člověku s tíživou sociální situací a zdravotní pomoc přesouvat na jiné, samozřejmě to jde, ale celkově to trvá dlouho.*“ Tereza popisuje, že právě multidisciplinární tým je schopný zajistit tuto celkovou péči, docházet do bydliště člověka a pomáhat mu přímo tam. Stejně tak hovoří Kateřina, která říká, že vznik multidisciplinárních týmů by měl být prioritou.

Shrnutí výsledků oblasti psychiatrie

Zdravotnictví, konkrétně psychiatrie, je klíčovou oblastí v kontextu péče o jedince se schizofrenií. Schizofrenie je vážným a často dlouhodobým duševním onemocněním, které je třeba léčit na jedné straně medikamenty a na druhé straně pomocí psychoterapie a socioterapie. Tyto formy léčby jsou popsány v druhé kapitole této diplomové práce.

Aby léčba o jedince s tímto druhem onemocnění byla efektivní, je třeba se na nemocného dívat jako na celek a působit na všechny oblasti, nejenom na tu, která bezprostředně souvisí s nemocí. V teoretické části práce i ve výsledcích z výzkumného šetření můžeme spatřovat informace související s pozitivním působením na zdravotní stav jedince skrze metodu case management. Touto formou péče o jedince dochází ke spolupráci odborníků z různých oborů, jejichž cílem je dosažení co nejlepšího zdravotního stavu jedince. Informanti popisují, že v rámci své praxe, jež souvisí přímo s case managementem, vytváří pro klienta síť služeb na míru jeho problému i osobnosti.

Za velice účinné jsou považovány multidisciplinární týmy, které se stávají základem současné psychiatrické péče. V takovém to týmu spolupracuje několik odborníků, především psychiatr, psycholog, sociální pracovník a psychiatrická zdravotní sestra. Díky této sestavě specialistů je přístup k péči komplexní a rychlejší než v jiných druzích péče o klienta. Bohužel, jak informanti uvádí, nejsou multidisciplinární týmy na území České republiky dostatečně rozšířené, v čemž můžeme spatřit jasný prostor pro zefektivnění.

Velký problém, který informanti často vyzdvihovali, souvisí s financováním psychiatrické péče. V současné době jsou psychiatrům hrazeny pouze ty zdravotní úkony,

kteře probíhají v ordinacích, takže je prakticky nemožné pracovat s klienty v jejich přirozeném prostředí. Tento deficit se do jisté míry snaží nahradit právě sociální pracovníci sledující zdravotní stav klienta i u něj doma.

V kontextu nevyhovujícího financování můžeme spatřit další problém, který souvisí se stále hojně využívanou ústavní péčí. Důsledkem tohoto problému, který je v opozici ke komunitní péči, jsou problémy další, a to dlouhodobé hospitalizace, hospitalismus a sociální izolace.

5.5 Oblast společenského života

Pátá hodnocená oblast se zaměřuje na účast jedince se schizofrenií na společenském životě komunity. Po vzoru stanovených dílčích cílů jsou výstupy z rozhovorů rozděleny tak, že hodnotí silné stránky této oblasti, a to hlavně v kontextu trávení volného času. Dále hodnotí slabé stránky a nabízí jisté možnosti, jak zefektivnit to, co se v současné době v souvislosti s tímto tématem nedaří. Kategorie výsledků této oblasti jsou následující – volnočasové aktivity, separace od komunity, podpora a edukace.

Kategorie č. 1: Volnočasové aktivity

V souvislosti se schizofrenií a jejími projevy je stěžejním faktorem vliv tohoto onemocnění, který v kontextu účasti takto nemocných lidí má jistý dopad na společenský život v komunitě. Respondenti se shodují na tom, že klienti, kteří potřebují pomoc sociálních služeb, ve většině případů mají problém se začleněním se do běžné zdravé komunity, moc se nezajímají o společenské aktivity, nechodí na schůze zastupitelstev a podobné. V souvislosti s touto skutečností byli respondenti doptáváni především na volnočasové aktivity svých klientů. První kategorie se tedy orientuje na pozitivní zhodnocení trávení volného času lidí se schizofrenií.

Všech sedm respondentů se vyjadřuje k trávení volného času svých klientů tak, že v případě, že jejich onemocnění není v chronické fázi, tak jejich volnočasové aktivity jsou více či méně podobné těm, které praktikují ostatní členové komunity. Kateřina říká: *„Jestliže ten člověk není chronicky nemocný, tak normálně chodí ven, někdy i do práce. Je jen utkvělá představa, že se všichni izolují a nic nedělají a nejsou schopni ničeho...když dokáže nahlížet na svoji nemoc a nepopírá ji, bere ji jako součást svého života, s kterou*

umí žít, tak pak nemusíme nutně poznat, že je nemocný, chová se stejně jako ostatní, sportuje, chodí do kina a podobně.“ Michal sdílí svou zkušenost, když popisuje konkrétní volnočasové aktivity svých klientů: *„Někdy se setkávám s tím, že ty lidi sportují, třeba chodí běhat nebo alespoň na procházky, jestliže se psychicky necítí dobře, tak tráví čas hlavně doma, kde dost často hrají hry na počítači nebo jen tak popíjí u cigarety kafe.*“ Dále například Tereza s Veronikou hovoří o tom, že jejich klienti bývají umělecky nadaní, malují obrazy, píšou básně nebo hrají na hudební nástroje.

Kategorie č. 2: Separace od komunity

Druhá kategorie oblasti zaměřené na účast lidí se schizofrenií na společenském životě komunity popisuje výsledky rozhovorů v kontextu druhého dílčího cíle. Popisována je tedy neúčast těchto lidí na společenských aktivitách a její možné důvody.

Pět respondentů se shoduje v názoru, že tento pasivní přístup k životu uvnitř komunity je ovlivněn samotnou nemocí a jejími projevy, tedy v případě, že onemocnění je v chronické fázi. Lenka toto tvrzení potvrzuje, když říká: *„Oni často odmítají chodit do společnosti, vyhýbají se tomu, cítí se diskomfortně, když jsou obklopeni ostatními lidmi. Celý tohle způsobuje ta nemoc a dále také účinky farmak, třeba útlum a únava.*“ Michaela s Terezou dále hovoří o tom, že důvodem může být také obava z nepřijetí, dlouhodobá samota a strach z ublížení, případně i strach z ohrožení života, který může být vyvolán bludnými představami a projekcemi. Michal říká, že důsledkem je to, že člověk tráví veškerý svůj čas doma a jeho aktivita směrem ven je omezena pouze na nutný nákup potravin. Kateřina popisuje, že v takovém to případě, kdy člověk není schopen nejenom docházet do práce, ale také nemá žádné koníčky a uzavírá se doma, je potřebné pracovat na krizovém plánu, který je v kontextu této situace prioritou.

Veronika a Michal shodně popisují, že v důsledku výše zmíněných skutečností, lidé se schizofrenií často preferují účast pouze v úžeji vymezených komunitách, nejčastěji v komunitě lidí trpících stejnou nemocí jako oni sami nebo zažívajících podobné problémy.

Petra a Michaela navíc hovoří o tom, že samotná komunita těmito lidem nerozumí a v důsledku toho je velice obtížné mluvit o přijetí a případné participaci lidí se schizofrenií do komunity. Michaela říká: *„Společnost neumí dobře číst to, co se s tím*

člověk právě děje, nerozumí tomu, a to je pro obě strany nepříjemné.“ Petra dokonce mluví o stigmatizování a tabuizování duševního onemocnění obecně.

Kategorie č. 3: Podpora a edukace

Třetí kategorie zprostředkovává pohled na možná opatření, která by mohla vést k větší účasti lidí se schizofrenií na společenském životě komunity. Respondenti hovořili nejvíce o dvou tématech, která vytvořila název pro tuto kategorii, jedná se podporu a edukaci.

Čtyři respondenti hovoří o potřebě podpory lidí se schizofrenií v děláni toho, co mají rádi a co je baví. Veronika říká, že je velice důležité stavět práci s nimi vždy na jejich koníčcích a do ničeho je netlačit, protože výsledek by byl kontraproduktivní. Michaela popisuje roli sociálního pracovníka při práci s klientem, jehož zakázka je orientována na trávení volného času, a říká: *„...vnímám jako důležitou roli, roli sociálního pracovníka jako doprovázejícího pracovníka, který bude pomáhat hledat trávení volného času v místních zdrojích... je stěžejní ukazovat dostupné zdroje, nešahat po institucích a dalších sociálních službách.“*

Lenka dává za příklad dobrovolnictví, jako formu nápomoci k začlenění jedince se schizofrenií do společnosti. Mluví o tom, že sociální pracovníci a sociální pracovníce nemají dostatek času, aby se mohli svým klientům naplno věnovat. Hovoří s nimi o možnostmi, ale k přímé participaci do komunity díky tomu dochází málo. Proto je efektivní začleňovat do týmu i dobrovolníky, kteří mohou být doprovodem nemocného člověka, můžou si s nimi povídat o běžných věcech nesouvisejících s jejich nemocí a například se procházet po městě, případně navštěvovat určitá místa, o která klient jeví zájem, ale sám nemá odvahu se do nich vydat. Veronika také hovoří o efektivitě dobrovolnictví a vyzdvihuje komunikaci, která v tomto částečně profesionálním a částečně přátelském vztahu vzniká a říká: *„... je to běžná komunikace, a tak se ji můžou klienti naučit. Může je to naučit si najít kamarády, nemluvit před něma jen o sobě, ale i naslouchat, co říká ten druhý. Neformální komunikaci klienti nemusí zažít i několik let, protože jsou furt v okolí doktorů a pomáhajících pracovníků.“*

Tři respondenti hovoří o potřebě edukace a osvětových aktivit. Prioritou při práci s lidmi s duševním onemocněním v rámci komunitních sociálních služeb je jejich integrace do komunity. Nicméně, jak Michaela výše popisuje, komunita této nemoci nerozumí, proto

je potřeba pracovat s veřejností. Petra hovoří například o destigmatizačních kampaních a zapojování peer-konzultantů.

Shrnutí výsledků oblasti společenského života

Účast či neúčast jedince se schizofrenií na společenském životě komunity souvisí přímo s onemocněním, jehož projevy mnohdy nemocné osobě nedovolí vymanit se ze sociální izolace. Lidé se schizofrenií jsou mnohdy velmi dlouhou dobu osamoceni při hospitalizaci nebo ve svých vlastních bytech, jsou ovládáni svojí nemocí, jež ovlivňuje veškerý jejich čas. Je pro ně tedy těžké navazovat sociální styky. Navíc samotná nemoc může být problém, vzhledem k tomu, že jedním z jejích projevů je nesoustředěnost a dezorientovanost, dalším problémem je pak medikace, která může způsobovat únavu či apatii.

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že velmi důležitou technikou při práci s klientem, který trpí schizofrenií, je podpora a vyhledávání zdrojů v přirozeném prostředí přispívajícím k participaci do společenského života uvnitř komunity. Dalším způsobem pomoci a péče je rehabilitace. Jednou z forem popisovaných rehabilitací v teoretické části této diplomové práce je rehabilitace zaměřená přímo na oblast sociálních kontaktů a volného času. Pěč a kolektiv hovoří o existenci různých programů, které se orientují na nácvik sociálních rolí, podporu v komunikaci, vytváření sociálních sítí a dalšího. Informanti odkazují také na podporu ze strany dobrovolníků, kteří s klienty tráví jejich volný čas a napomáhají jim v nácviku běžné komunikace a zároveň je tak zlehka integrují do místního společenství.

Jestliže se nemocný nenachází v chronickém stádiu nemoci, tráví většinou čas stejnými aktivitami jako kdokoliv z lidí ze zdravé komunity. Nicméně i samotná komunita může být faktor přispívající k sociální izolaci těchto lidí, a to především z důvodu neinformovanosti a někdy i stigmatizace. Je tedy důležité pracovat na jedné straně s lidmi se schizofrenií, a pomáhat jim překonávat strach a podporovat je v tom, co je baví, a na druhé straně edukovat veřejnost.

5.6 Oblast stigmatizace

V pořadí šestá oblast výsledků se zaměřuje na přijetí lidí se schizofrenií místní komunitou a na stigmatizaci. Jedná se o velmi důležitou oblast, která značně ovlivňuje inkluzi těchto lidí do komunity. Kategorie, které vycházejí z výzkumného šetření, ne přímo souvisí se stanovenými dílčími cíli, protože odpovědi respondentů často z pozitivních odpovědí plynule přechází do odpovědí negativních, případě žádné pozitivní nejsou. Kategorie výsledků jsou tedy následující – needukovanost komunity, přístup k vlastní osobě a osvěta.

Kategorie č. 1: Needukovanost komunity

První kategorie výsledků oblasti stigmatizace popisuje problém needukovanosti komunity. Jakožto negativní jev přímo souvisí s druhým dílčím cílem výzkumného šetření.

Všichni respondenti se vyjadřují k nedostatečné informovanosti komunity ohledně této nemoci a jejím předsudkům vůči lidem se schizofrenií a duševním onemocněním obecně. Kateřina uvádí svoji osobní zkušenost a říká: „*Obecně je známo to, že nevědomost je veliká a povědomí lidí o této nemoci minimální. Takže když já někam přijdu a řeknu, že pracuju s lidma s duševním onemocněním, tak se lidi zarazí a nerozumí tomu, myslí si, že pracuju s blázný a že je to nenormální a ty lidi jsou nenormální...Je to absolutní needukovanost a lidi mají obrovské předsudky proti lidem se schizofrenií.*“ Například Tereza se vyjadřuje k tomu, že stigmatizace znesnadňuje proces participace. Říká, že kvůli stigmatizování lidí se schizofrenií dochází k jejich vyloučení ze společenského života, často nemají žádné sociální vztahy a nové kontakty navazují velmi těžko.

Veronika s Terezou a Michalem hovoří o tom, že komunita je mnohdy ovlivňována médii, která problematiku desinterpretují. Následně ve společnosti panuje diskurz, že lidé se schizofrenií jsou agresivní a nebezpeční. Veronika říká, že média mluví či píšou pouze o tragédiích, ale nikdy o tom, kdo je v rámci této cílové skupiny oceňován.

Stigmatizaci můžeme také vnímat například i na úradech, Michaela říká: „*Klienti se setkávají s tím, že na různých místech se na ně lidi dívají skrz prsty, setkávají se s tím, že jsou považováni za neschopné...třeba když doprovázím klienta na úřad, úředník mluví se mnou, a ne s klientem, přehlíží ho, protože je přece neschopnej.*“

Michaela se v rámci své praxe vyjadřuje také k tomu, že se setkává s lidmi, kteří žijí ve stejném domě jako její klienti. Tito lidé ví, že s nimi bydlí lidé s nějakým druhem duševního onemocnění, nechovají se k nim špatně, ale vzhledem k nedostatečné informovanosti je považují za chudáčky a na základě toho se k nim chovají.

K přijetí lidí s duševním onemocněním, konkrétně schizofrenií, dochází obecně velmi málo. Postoj lidí není však jen negativní, mnohdy můžeme sledovat spíše postoj neutrální, který souvisí právě s neinformovaností. Lenka říká: *„Nesetkávám se vyloženě s odmítáním, ačkoliv stále se nejedná o chování, které by svědčilo něco o přijetí. Celkově to souvisí s tím problémem, že lidé o této nemoci nic neví, anebo mají pouze velice málo informací a ty nestačí k vytvoření jasného obrázku.“* Tereza mluví o tom, že se sice s přijetím nesetkává tak často, ale pozoruje, že se tento problém v čase mění a zlepšuje. Obdobně smýšlí také Michal.

Kategorie č. 2: Přístup k vlastní osobě

Druhá kategorie výsledků se zaměřuje na osobu schizofrenika a jeho přístup k vlastní osobě. Tato kategorie souvisí taktéž s druhým dílčím cílem, který popisuje to, co se v rámci participace lidí do místní komunity nedaří, protože dle názoru tří respondentů, můžeme sledovat stigmatizaci také ze strany nemocných lidí přímo k sobě sama.

Kateřina, Veronika a Michaela mluví o tom, jak je participace do komunity znesnadňována přístupem lidí se schizofrenií ke své vlastní osobě. Hovoří o tom, že oni sami sebe dehonestují, nahlíží na sebe jinak, to jim brání v začlenění se a zároveň to přispívá k negativnímu obrazu tohoto onemocnění.

Kategorie č. 3: Osvěta

Poslední kategorie oblasti stigmatizace hovoří o výsledcích rozhovorů souvisejících se třetím dílčím cílem výzkumného šetření. Nabízí tedy odpověď na otázku, jaké opatření by mohlo přispět k inkluzi lidí se schizofrenií do lokální komunity.

Všichni respondenti se shodují v názoru, že k přijetí lidí se schizofrenií do komunity jsou třeba osvětové aktivity. Jiný názor se v rozhovorech neobjevoval. Například Kateřina k tomuto tématu říká: *„Musíme mluvit s lidma, musí být otevřená komunikace... Psychiatrie bylo uzavřený téma, nemluvilo se o tom a lidi se zavírali za ploty. Bylo to*

nějaký tabu. Ale postupně se to tabu otevírá a otevírají se brány nemocnic a pomalu se o tom začíná mluvit. I díky peer konzultantům a lidem, co mají sami duševní onemocnění a normálně chodí mezi ostatní lidi a vypráví své příběhy, tak díky tomu všemu se to už začíná zlepšovat.“ Michal mluví o osvětových aktivitách, která dělá Péče o duševní zdraví v Hradci Králové a nejenom tam. Jedná se zejména o Týden pro duševní zdraví, během kterého mají lidé možnost si prohlédnout psychiatrické zařízení, vyslechnout poutavé přednášky a zhlédnout naučné filmy. Rozšíření podobných aktivit, které komunita vyhledává a baví ji se jich účastnit, by této problematice velice prospělo. Tereza se zmiňuje o tom, že by také mohlo být efektivní zaměstnávat na běžném pracovním trhu lidi s tímto onemocněním, dostali by se tak do bližšího kontaktu s místní komunitou, která by postupně nabývala dojmu, že tito lidé nejsou takzvanými blázný, ale lidmi jako jsou oni sami.

O jiné komunikaci nežli přímé, hovoří například Veronika a Michaela, které si myslí, že by bylo vhodné využít masmediální prostředky komunikace. Aktuálně se prezentují pouze tragické příběhy, bylo by proto zapotřebí mluvit o tomto onemocnění, o tom, co ho způsobuje, jak se projevuje, jak s ním lidé dokáží žít. Následně díky větší informovanosti, by se stigmatizace mohla zmírnit.

Shrnutí výsledků oblasti stigmatizace

Stigmatizace je problém, který značně znesnadňuje participaci lidí se schizofrenií do místní komunity. Prostupuje mnoha oblastmi, od běžné mezilidské komunikace, přes kontakt s formálními institucemi, zaměstnáváním až po obraz nemoci předávaný masmediálními prostředky.

Informanti se ve svých výpovědích shodují v tom, že stigmatizace souvisí zejména s nedostatkem informací, které široká veřejnost potřebuje znát, aby nemoc nejenom pochopila, ale i v případě potřeby rozpoznala. V současné době se různé destigmatizační kampaně snaží poukázat na problematiku duševních nemocí a důsledky stigmatizace. Přesto mnoho lidí stále nemá žádné informace, případně pouze zprostředkované z médií, která upírá svoji pozornost především na tragické události a různé senzace. Člověk nemocný schizofrenií je následně vnímán jako agresivní, nebezpečná či přinejmenším divná a nenormální bytost. Tyto předsudky přispívají k jeho sociální izolaci. V důsledku

se pak podhodnocuje, nevěří si, sám sebe stigmatizuje a vnímá jako divného jedince, který by se měl stranit společnosti.

Ve třetí kapitole teoretické části této práce bylo věnováno pár slov přímo destigmatizačním kampaním, které jsou realizovány na území České republiky. Informanti se shodují v tom, že právě takováto veřejná činnost je řešením stigmatizace. Nicméně je potřebné si uvědomovat, že ne každý člověk si informace vyhledává, ne každý se účastní takovýchto akcí a všímá si kampaní a různých propagačních materiálů s nimi souvisejících. Z tohoto důvodu by bylo vhodné implikovat osvětová témata do masmediálních prostředků, jež jsou hojně a každodenně využívány.

Nicméně, ačkoliv ve společnosti stále panuje jistý diskurz související s duševním onemocněním jako něčím nebezpečným, lze konstatovat, že situace se pomalu, ale jistě lepší. Můžeme již sledovat posun od absolutní nevědomosti o této problematice k postupné edukaci a snad v nedaleké budoucnosti i k přijímání lidí se schizofrenií a dalšími duševními poruchami.

5.7 Oblast komunitního přístupu k péči o jedince se schizofrenií

Sedmá a zároveň poslední oblast výzkumného šetření se zaměřuje na komunitní přístup k péči o jedince se schizofrenií obecně, bez jakéhokoli specifika. Jako ostatní oblasti odpovídá na tazatelské otázky vyplývající ze tří dílčích cílů. Kategorie výsledků jsou tedy rozděleny dle toho, co se komunitnímu přístupu v kontextu inkluze lidí se schizofrenií do místní komunity daří, co se nedaří a za jakých podmínek by mohlo dojít ke zlepšení. Kategorie jsou následující – přínos komunitního přístupu, limity sociální práce, systémové změny a edukace.

Kategorie č. 1: Přínos komunitního přístupu

První kategorie poslední oblasti zaměřené přímo na komunitní péči o jedince se schizofrenií, poskytuje výsledky výzkumného šetření, které spojuje jejich pozitivní vyznění. Názorů a popisovaných zkušeností se mezi respondenty objevilo více nežli

u předchozích oblastí, což je pochopitelné vzhledem k tomu, že je tato oblast jejich praxi nejbližší.

Nejčastěji, konkrétně v šesti případech, se objevovala odpověď související s prací v terénu, kterou respondenti chápou jako velkou výhodu komunitního přístupu k péči o své klienty. Například Lenka říká: *„Především bych vyzdvihla práci v terénu, přímo u těch lidí doma, kdy jsme schopni zmapovat a lépe poznat způsob jakým žijí, starají se o sebe a o domácnost, jak hospodaří s penězi, a taky rychle rozpoznat, zda nepřichází relaps a díky tomu rychle zasáhnout a odvrátit hospitalizaci.“* Kateřina popisuje: *„Je velký rozdíl, jestli klient přijde k vám do kanceláře nebo když vy přijдете k němu domů. Otevírá se vám úplně jiný pohled.“* Stejný náhled má na práci v přirozeném prostředí klienta i Veronika.

Dvě respondentky odpověděly, že silnou stránkou komunitního přístupu je síťování, a to nejenom odborníků a služeb, ale také rodiny. Tereza popisuje, že se celkově zlepšuje práce se zdroji, to znamená, že do spolupráce je častěji přizvána rodina klienta a udržuje se aktivní spolupráce s psychiatrem a jinými odborníky. Díky tomu, že péče o klienta je takto komplexní, tak je také zohledňována jeho individualita, což je ke zlepšení zdravotního stavu jedince velmi potřebné. Individuální péči vyzdvihuje ve své odpovědi Michal a Veronika.

Další názory uvedla ještě Petra a Tereza. Petra říká, že komunitní přístup přispívá k podpoře práv lidí s duševním onemocněním a Tereza uvádí, že díky tomuto přístupu se již reálně krátí doba hospitalizace, přičemž ještě Lenka výše hovoří o tom, že komunitní přístup může díky terénní práci hospitalizaci i odvrátit.

Kategorie č. 2: Limity sociální práce

Druhá kategorie oblasti nazvané Komunitní přístup k péči o jedince se schizofrenií se zaměřuje na výčet nedostatků případně slabých stránek tohoto přístupu tak, že přímo odpovídá na druhý dílčí cíl. Nicméně respondenti nevztahovali své zkušenosti ke komunitnímu přístupu, ale přímo k sociální práci jako takové.

Šest z respondentů se shoduje na tom, že problémem je to, že není dostatek dostupných sociálních služeb. Kateřina uvádí, že rozdíly mezi službami můžeme vidět po celé

republike, někde jsou komunitní týmy, někde již multidisciplinární týmy, jinde se velice dobře daří pracovat s rodinou. Bylo by potřeba, aby to dobře fungovalo všude, větším problémem je však to, že jsou stále místa, kde není žádná sociální služba. Kateřina říká: „...ani Praha není zcela pokrytá. Nejsme v rámci dojezdovosti schopni dojet kamkoli, je to problém. Kdybychom dojížděli daleko, tak se celkově sníží kvalita, protože nebudeme stíhat tolik klientů a poskytovat jim dostatek času na konzultace a pomoc obecně, takže změnit se to musí jinde.“

Dalším velkým problémem sociální práce je nedostatek sociálních pracovníků a sociálních pracovníc, což zmiňují tři respondenti. Může to být dáno malým platovým ohodnocením, nízkou prestiží profese, nutnou odborností související s celoživotním vzděláváním či potřebou psychické odolnosti. Například Veronika uvádí, že jejich služba nedělá jen terénní práci, stejně jako ostatní podobné služby, ale také práci individuální, při které s klientem vede konzultaci, vytváří plán pomoci a podobně. Někdy je však této individuální práce tolik, že již nezbývá čas na propojování klientů s komunitou a jiné potřebné aktivity. Bylo by tedy třeba mít v týmu více sociálních pracovníků a pracovníc. Petra také uvádí, že bohužel není v kontextu nízkého počtu sociálních pracovníků prostor pro to dělat vše, co by bylo potřebné.

K nedostatkům sociální práce patří dle Petry také unidisciplinární týmy, které stále nad těmi multidisciplinárními převažují.

Kategorie č. 3: Systémové změny a edukace

Třetí kategorie poslední hodnocené oblasti nabízí možnosti řešení nedostatků souvisejících s komunitním přístupem k péči o jedince se schizofrenií, případně nedostatků sociální práce jako celku, vzhledem k odpovědím respondentů.

Mezi odpověďmi respondentů se výrazně objevovaly dva návrhy, a to řešení nedostatku sociálních pracovníků a edukace směrem k vnějšku. Michal říká: „...problém je systémový, my můžeme pouze vyvíjet snahu, veřejně se k němu vyjadřovat, ale velkou moc nemáme. Jedná se o problém sociální práce celkově, v jakékoli oblasti. Prestiž sociální práce je nízká, což asi souvisí s nízkými platy a možná právě proto je stále nedostatek sociálních pracovníků.“ Podobně se k tomu vyjadřuje i Petra a Kateřina, která popisuje, že vzhledem k nízkým platům a náročnosti práce s velkými požadavky v oblasti vzdělání,

je pochopitelné, že je stále nedostatek sociálních pracovníků a sociálních pracovníc. Tito tři respondenti tedy navrhují zvýšení platu sociálních pracovníků a sociálních pracovníc jako opatření vedoucí k zvýšení jejich množství v sociálních službách.

Další tři respondenti pak apelují na edukaci, což dokazuje Michaela, když říká: „*Je třeba edukace na všechny strany, tedy nejen směrem k odborné veřejnosti, ale také i laické. To si myslím, že je hodně důležité. Je důležité, aby i ta paní, která pracuje na vesnici v krámku a chodí tam nějaký takzvaně divný pán, tak aby i ji trklo, že se možná něco děje a věděla na koho se má obrátit, což ona neudělá, protože to neví... Určitě ale může pomoci osvěta a edukace, třeba už na školách.*“

Michal se vyjádřil k tomu, že by bylo třeba vytvořit také takové podmínky, které by snížily vysoké nároky na lidi nemocné schizofrenií, které jim brání v začlenění se do běžného života a do místní komunity.

Shrnutí oblasti komunitního přístupu k péči o jedince se schizofrenií

Respondenti se shodují v tom, že komunitní přístup k péči o jedince se schizofrenií je velice přínosný. V souladu s teoretickým vymezením komunitní péče, jež je uvedeno v předchozí kapitole, informanti uvádí, že jako velkou výhodou komunitního přístupu k péči o lidi se schizofrenií vidí možnost terénní práce, díky které mohou klienta navštívit v jeho domácnosti. Díky tomu se jim otevírá komplexní pohled na jedince, nejenom na jeho nemoc, ale i na způsob, kterým žije a pracuje se zdroji. Zároveň je jedinec podporován k participaci do komunity a životu v důstojných podmínkách mimo zdi ústavních psychiatrických zařízení.

Ve srovnání s pozitivy komunitní práce uvedených ve třetí kapitole, jež jsou komplexnost péče, alternativa k hospitalizaci, preventivní působení, pozitivní vliv na kvalitu života, zvýšení účinnosti zdravotní péče, destigmatizační vliv a ochrana lidských práv, lze uvést oblasti, které popisovali informanti. Jednalo se o komplexnost péče, alternativu k hospitalizaci, pozitivní vliv na kvalitu života, destigmatizační vliv a ochranu lidských práv. Další dvě výhody komunitní péče nebyly informanty zmíněny, nicméně nelze předpokládat, že by v praxi neexistovaly.

V kontextu s poskytováním komplexní péče bylo informanty zmiňováno jako velké pozitivum jejich práce síťování služeb, odborníků i rodinných příslušníků. Jedná se vlastně metodu case managementu, což je zřetelné i z dalšího popisu pozitiv, například mapování potřeb a schopností klienta v jeho přirozeném prostředí.

Co se týče negativ uvedených v souvislosti s komunitní péčí, bylo uvedeno, že v současné době není stále dostatečné množství sociálních služeb, což je však problém vyskytující se napříč mnoha oblastmi sociální práce, nejenom komunitní péče o duševně nemocné. Dále se vyskytl názor, že slabou stránkou současné komunitní péče je převaha unidisciplinárních týmů nad multidisciplinárními.

Shoda mezi informanty panovala zejména v názoru na velký nedostatek sociálních pracovníků a sociálních pracovníc, kteří nemají časové kapacity na to dělat vše, co je potřebné, což neblaze ovlivňuje kvalitu služeb. Zároveň se stále setkáváme s problémem, že sociální práce jako obor má nízkou prestiž a platy sociálních pracovníků a pracovníc jsou nízké, což je pravděpodobně příčina jejich nedostatku v sociálních službách.

Ke zlepšení situace by mohlo dle výpovědí dotazovaných dojít, kdyby se zvýšily platy sociálním pracovníkům a sociálním pracovnícím. Jako v mnoha dalších oblastech, bylo i zde apelováno na potřebu edukace směrem k odborné i široké veřejnosti.

5.8 Diskuze

Výzkumné šetření diplomové práce se zabývalo zhodnocením vlivu komunitního přístupu k péči o jedince se schizofrenií na inkluzi do lokální komunity. Pro lepší uchopitelnost byly stanoveny tři dílčí cíle, na které bylo pomocí sedmi oblastí souvisejících s inkluzí odpovězeno. Výsledné kategorie, které jsou v předchozí podkapitole interpretovány byly získány pomocí metody polostrukturovaného interview. Shrnutí výsledků dle stanovených dílčích cílů je popsáno v závěru.

Rozhovory byly rozděleny do tří částí dle dílčích cílů, pro lepší interpretaci však byly sekundárně rozděleny do sedmi oblastí inkluze, přičemž z každé oblasti vznikly tři až čtyři kategorie výsledků, které odpovídaly stanoveným dílčím cílům. Úspěšně zodpovězeny byly veškeré tazatelské otázky a následně všechny tři dílčí cíle.

Metoda polostrukturovaného interview byla časově náročná, a to především z důvodu menší časové flexibility informantů. Nicméně samotný průběh rozhovorů byl příjemný a získaná data byla velmi obohacující. Oslovení informanti vyjádřili nadšení pro spolupráci při poskytování rozhovorů a svoji zainteresovanost k tématu komunitního přístupu k péči o jedince se schizofrenií. Vzhledem k časovému presu dvou informantů ze sedmi byly dva rozhovory kratší nežli ty ostatní, avšak průzkumník měl čas se na rozhovory připravit a na výsledcích se menší časové možnosti informantů nepodepsaly.

Lze říci, že díky zájmu informantů o danou problematiku a jejich otevřenosti při odpovídání na otázky průzkumníka se odkryly i určité oblasti, které nebylo možné v rámci rozhovorů detailněji popsat a probádat, nicméně můžou přispět jako základ pro případné další zkoumání.

Příkladem může být dlouhodobá hospitalizace jedinců se schizofrenií v psychiatrických zařízeních a spolupráce mezi těmito zařízeními a sociálními službami jako je Péče o duševní zdraví a Fokus. Někteří informanti se zmínili o tom, že si při výkonu své profese všimli toho, že někteří pacienti psychiatrických nemocnic již nepotřebují hospitalizaci vzhledem ke stabilizaci jejich zdravotního stavu, nicméně v nemocnicích i nadále zůstávají. Nemocnice při případových konferencích řeší možné předávání klientů sociálním pracovníkům a sociálním pracovnícům k následné péči, nicméně o každém klientovi se pracovníci nedozví. Problémem je současně i to, že ti nemocní, kteří nemají rodinu, která by se o ně po návratu z hospitalizace postarala, nemají mnohdy kam jít, protože jak bylo probíráno v oblasti bydlení, ceny komerčních bytů jsou vysoké, sociálních bytů je velice málo a chráněného bydlení také. Nicméně, i kdyby se navýšily počty míst, kde by lidé se schizofrenií a jinými duševními nemocemi mohli bydlet, řešil by se jiný problém, a to nepřijetí komunitou. Je znám případ ve Zlíně a Hlinsku, kde byla snaha o vytvoření bytů pro duševně nemocné lidi, ale část občanů města se proti tomuto projektu ohradila podepsáním petice. Jedná se tedy o zacyklený problém, jehož řešení spatřuji primárně v osvětových aktivitách, které jsou nezbytné k větší informovanosti komunity.

Další problematika, která vyvstala z rozhovorů a nepřímo souvisela s tématem diplomové práce, je nedostatek sociálních pracovníků a sociálních pracovníc. Tento problém v rámci účelu diplomové práce souvisel pouze se slabými stránkami komunitních týmů. Sociální

pracovníci a pracovnice v sociálních službách s komunitním přesahem vedou osobní konzultace s klienty a vytváří jim plán pomoci, formují sítě služeb na míru danému klientovi, spolupracují s odborníky více profesí, navštěvují domácnosti klientů, navštěvují je v případě jejich hospitalizace, dále také jezdí na případové konference, věnují se osvětovým aktivitám a v neposlední řadě se neustále vzdělávají v oboru. S malým počtem sociálních pracovníků a pracovnic není možné kvalitně obsáhnout veškeré pracovní úkony nebo nabídnout pomoc všem, kteří ji potřebují. Samozřejmě je možné spolupracovat s dobrovolníky, kteří mohou zprostředkovávat kontakt klienta s místní komunitou a alespoň v tomto si práci usnadnit, nicméně se nejedná o zcela efektivní a dlouhodobé řešení. Jako řešení se částečně nabízí multidisciplinární týmy, nicméně k navýšení počtu lidí pracujících v sociálních službách díky tomu bohužel nedojde. Je třeba o tomto problému mluvit na systémové úrovni, zajistit zvýšení prestiže profese, sjednotit definování profese, zvýšit platy atd. Aby k takovýmto změnám došlo, bylo by zapotřebí podpořit zákon o sociálních pracovnících. Jedná se o řešení, které zlepší pracovní podmínky sociálním pracovníkům a sociálním pracovnicím, přiláká do oboru více studentů a zároveň zvýší kvalitu služeb a pomůže tak nespočtu lidí, kteří potřebují sociální pomoc.

Tyto dva popsané příklady vzešly z rozhovorů několika informantů a zároveň souvisí s vlastní čtyřletou zkušeností z pozice dobrovolnice v sociální službě s komunitním přesahem.

Závěr

Diplomová práce s názvem *Komunitní přístup k péči o jedince se schizofrenií* měla za cíl popsat teoretická východiska komunitní práce obecně a se zaměřením na konkrétní cílovou skupinu klientů, jimiž jsou lidé se schizofrenií. Důvodem k širšímu popisu této tematiky byl předpoklad potřeby znalosti informací, jež by objasnily principy komunitního přístupu k péči o jedince se schizofrenií, a to v kontextu definování symptomů a průběhu nemoci, jež je velice specifická a o níž ve společnosti panuje diskurz jisté nebezpečnosti. Hlavní cíl práce, jež souvisí s výzkumným šetřením, je uveden dále v textu.

Teoretickému popisu byly věnovány tři kapitoly. První kapitola se orientovala na komunitní práci a vymezení souvisejících pojmů jako je komunita, komunitní sociální práce, komunitní přístup či komunitní péče. Dále se věnovala charakteristice specifík a současnosti komunitní práce v České republice i její historii. Druhá kapitola se zaměřovala na schizofrenii. Uvedla její místo mezi duševními poruchami, možné důvody jejího vzniku, symptomatiku, klasifikaci, její průběh a prognózu, a popisovala mýty, které mnohdy ve společnosti panují, a sociální aspekty, které s nemocí souvisí. Účelem třetí kapitoly bylo vytvořit z dvou předchozích kapitol a jejich problematik jedno ucelené téma. Došlo tak ke vzniku kapitoly o komunitní péči zaměřené na jedince se schizofrenií. V počátku této kapitoly byl vymezen způsob nahlížení na duševní poruchy v historii, která značně ovlivnila názory, které se o tomto onemocnění vyskytují dodnes. Nadále byla popisována komunitní péče, její specifika, pozitivní vliv i role sociálního pracovníka či sociální pracovnice. Také byl charakterizován systém péče o osoby s duševním onemocněním, oblasti potřebné péče v kontextu se službami, i stav a zkušenosti komunitního přístupu v péči o duševní zdraví v Čechách a některých vybraných zemích.

Empirická část diplomové práce byla popsána ve čtvrté a páté kapitole. Pozornost byla vedle metodologie zaměřena zejména na definování cíle výzkumného šetření. **Hlavní cíl byl zhodnotit komunitní přístup k péči o jedince se schizofrenií v inkluzi do lokální komunity.** K získání dat odpovídajících tomuto cíli byla využita kvalitativní metoda polostrukturovaného interview. To bylo vedeno se sociálními pracovníci a sociálním pracovníkem, kteří provozují svoji praxi v sociální službě s komunitním přesahem, jež se orientuje na lidi se schizofrenií, případně jinou duševní poruchou. V poslední kapitole

byly interpretovány výsledky výzkumného šetření. K interpretaci posloužily kategorie výsledků, které byly vytvořeny na základě výpovědí informantů. Kategorie byly přiřazeny pod sedm oblastí inkluze, přičemž u každé oblasti je uvedeno její shrnutí. Oblasti byly následující: bydlení, zaměstnání, vzdělávání, psychiatrie, společenský život, stigmatizace a komunitní přístup k péči o danou cílovou skupinu.

Jak je uvedeno výše, v poslední kapitole došlo k shrnutí výsledků výzkumného šetření pod jednotlivé oblasti, které souvisí s inkluzí. V závěru práce bych však ráda uvedla shrnutí, které přímo souvisí s dílčími cíli, jež rozšiřují hlavní cíl a poskytují tak prostor pro jeho snazší zodpovězení. Vzhledem k praktické užitečnosti je důležité především shrnutí výsledků souvisejících s třetím dílčím cílem. Sumarizace výsledků dle tří dílčích cílů ve vztahu k hlavnímu cíli je následující:

Dílčí cíl č. 1: Zjistit, v čem je participace jedince se schizofrenií do lokální komunity úspěšná.

Jako velice pozitivní faktor komunitní péče je vnímána možnost docházení sociálních pracovníků a sociálních pracovník do obydli klienta. Díky tomu je snazší dohlížet na klientův zdravotní stav, monitorovat, jak se mu daří vést domácnost a hodnotit, zda dochází z plnění individuálního plánu. Práci v přirozeném prostředí uživatele péče dochází k systematické pomoci a podpoře, jejímž cílem je dovést klienta ke stavu, kdy je samostatný, nezávislý, umí pracovat s vlastními zdroji a je součástí místní komunity. Díky terénní práci komunitních týmů sociálních pracovníků a sociálních pracovník prokazatelně dochází ke zlepšení kvality života klientů, dokonce i k odvracení hospitalizace. V případě, kdy uživatel péče nemá možnost bydlet ve vlastním obydlí, u své rodiny, nebo je potřeba podpory výrazně vyšší, může využít možnosti chráněného bydlení. Této možnosti je v praxi využíváno. Klient je učen režimu, který mu pomáhá navyknout si na běžné denní činnosti, které potřebuje implikovat do svého života, aby v budoucnu mohl žít samostatně.

Dalším pozitivem je existence pracovní rehabilitace ve formě chráněného zaměstnávání nebo přechodného či podporovaného zaměstnávání. Tyto formy práce využívají zejména ti duševně nemocní jedinci, jejichž pracovní schopnost je výrazně omezena, ale vzhledem k vlastní motivaci, přáním a potřebám se zaměstnávat chtějí. Jakýkoli druh zaměstnání je

pozitivní, protože odvádí myšlenky od nemoci a zároveň posiluje silné stránky klienta. V určitých případech, kdy to zdravotní stav dovoluje, je využíváno také částečných úvazků pracovních pozic na běžném pracovním trhu. Sociální pracovníci v rámci své praxe běžně podporují své klienty, snaží se jim pomoci, jestliže vyjádří zájem o nalezení si zaměstnání. Radí jim, kde mohou práci najít, případně jak se připravit na pracovní pohovor či jak sestavit životopis.

Silnou stránkou oblasti vzdělávání je zejména motivace na straně klienta. Informanti uvedli, že se s potřebou vzdělávání svých klientů často nesetkávají, protože jsou většinou již vystudovaní v určitém oboru, nicméně v případě, že potřebují pomoc, tak jim vysvětlují, že je důležité nemít na sebe vysoké požadavky. Nápomocnou službou je podporované vzdělávání, případně určité programy sociálních služeb či zdravotnických zařízení pro nácviky kognitivních funkcí.

Co se týče zdravotnické oblasti, konkrétně psychiatrie, jako velké pozitivum lze uvést spolupráci, která probíhá mezi psychiatry i nemocnicemi se sociálními službami, zejména těmi pracujícími formou case managementu. Za pozitivní aspekt současné psychiatrie můžeme považovat i její posun k individuální péči a komplexnímu pojetí. Nicméně tento pohled na práci s nemocným nesdílí všichni psychiatři odborníci. Silnou stránkou péče o klienta v kontextu s psychiatrií jsou vznikající multidisciplinární týmy, které se orientují na klienta z celostního pohledu a díky zastoupení několika profesí v jednom týmu je práce efektivnější a rychlejší.

Vliv komunitního přístupu na společenský život člověka se schizofrenií a na jeho přijetí komunitou je očividný zejména v tendencích o změnu v kontextu destigmatizačních kampaní. Čím dál více se rozšiřuje snaha participovat nemocné do zdravé komunity. Nicméně v současné době se to ještě zcela nedaří. Můžeme však spatřit pozitivum v tom, že k postupnému zlepšování přece jen dochází. Silnou stránkou sociálních pracovníků v rámci komunitní péče je jejich moc poskytnout klientu náhled na možnosti participace do komunity a trávení volného času v jejím středu, jsou tedy doporučovány takové aktivity, které nemocného neizolují nebo neodkazují na jiné formální instituce.

Dílčí cíl č. 2: Zjistit, v čem participace jedince se schizofrenií do lokální komunity úspěšná není.

Jednoznačné výhrady ke komunitní péči o jedince se schizofrenií nejsou z výzkumného šetření patrné. Skutečnosti, které byly informanty vnímány jako negativní, většinou souvisí se sociální prací jako takovou, systémovým nastavením, osobním přístupem lidí z komunity nebo vlivem onemocnění. Úspěšné inkluzi lidí se schizofrenií do místní komunity brání hned několik faktorů. Jedním z nich je nedostatek bytových zařízení, zejména sociálních bytů, ale i chráněného bydlení. Možnost bydlení v tržním podnájmu je pro člověka pobírajícího invalidní důchod mizivá, tedy v případě, že neměl vlastní byt či levnější podnájem již v době, než nemoc vypukla.

Jiný problém souvisí s oblastí zaměstnávání. Jedná se zejména o nedostatek pracovních míst v chráněném zaměstnávání, přičemž slabou stránkou samotných chráněných dílen a jiných forem pracovní rehabilitace, jsou občasné vysoké nároky na pracovní nasazení lidí se schizofrenií či jinou duševní poruchou. Množstevně nevyhovující je také podporované zaměstnávání. Co se týče zaměstnávání na volném pracovním trhu, tak se můžeme setkat s tím, že pracovnímu začlenění brání diskriminace a předsudky na straně zaměstnavatele, případně jeho neindividuální přístup a vysoká očekávání. Vznik pracovněprávního vztahu je navíc znesnadňován přístupem samotné osoby nemocného, která sama sebe podhodnocuje, nicméně častěji se lze setkat s případem, kdy uživatel péče pracovat chce, ale z výše uvedených důvodů nemůže.

Vzdělávání je oblastí, která je problematická především z důvodu negativního vlivu onemocnění. Symptomy jako jsou halucinace, bludy, neschopnost uvědoměle a cílevědomě jednat, únava, deprese a problémy se zpracováváním informací a jejich zapamatováním vážně narušují proces učení. Navíc se můžeme také setkat s nedostatečně individuálním přístupem a podporou ze strany školy.

Co se týče oblasti psychiatrie, její nejslabší stránkou je oblast financování, která psychiatrům znemožňuje pracovat v terénu, tedy v přirozeném prostředí jedince, což je považováno za hlavní princip komunitní péče, a tím vzniká největší rozpor v poskytování zdravotní péče. Psychiatrům jsou totiž propláceny pouze takové zdravotní úkony, které probíhají v jejich ordinacích. Dalším palčivým problémem, který však souvisí

i s problematikou financování, jsou časté hospitalizace, které jsou mnohdy navíc dlouhodobé, ačkoliv zdravotní stav pacienta je již stabilizován a mohl by být propuštěn. Lůžek je mnoho a jsou plně využívána. Můžeme se také setkat s neindividuálním přístupem, když je nemocný člověk skutečně vnímán spíše jako pacient. Následkem těchto problémů souvisejících s oblastí zdravotnictví je sociální izolace, problematický návrat do komunity zdravých lidí, úpadek sociálních dovedností a další.

Další velký problém souvisí se stigmatizací lidí se schizofrenií. Ve společnosti ještě stále panuje diskurz, že tito lidé jsou agresivní, nebezpeční, nenormální. Tyto předsudky a stereotypní chování znesnadňují snahu sociálních pracovníků a sociálních pracovníc v participaci těchto lidí do místní komunity. Nemocní nejsou přijímáni a tím trpí i oblast trávení volného času, která se mnohdy zužuje na pasivní činnosti v domácnosti. Navíc dochází k tomu, že sami sebe stigmatizují, dehonestují a nevěří si.

Ve výsledcích výzkumného šetření se ještě vyskytovala jedna shoda v názorech informantů, která souvisela s nedostatkem sociálních pracovníků a sociálních pracovníc, a dále nedostatkem sociálních služeb, v kontextu komunitní práce především komunitních služeb a terénních týmů. Z toho důvodu se nadále setkáváme s problémem vycházejícím z nedostatečného množství služeb poskytujících návaznou péči pro lidi, kteří jsou propuštěni z ústavní psychiatrické péče nebo z důvodu uplynutí stanoveného času odchází z chráněného bydlení. Navíc kvůli malému množství pracovníků v sociálních službách není dostatečně věnována pozornost všemu, co by bylo v rámci komunitní péče vhodné a potřebné.

Dílčí cíl č. 3: Zjistit, která stávající opatření by za určitých podmínek mohla být více efektivní v inkluzi jedince se schizofrenií do lokální komunity.

Na základě výsledků z výzkumného šetření lze uvést několik různých možností řešení, případně alespoň oblastí, které skutečně potřebují získat pozornost, aby došlo k potřebné změně.

Velice výraznou oblastí komunitní péče, která potřebuje změnit, je oblast zdravotnictví. Abychom mohli skutečně mluvit o komunitní péči, bylo by zapotřebí, aby i psychiatr mohl pracovat v terénu, což vzhledem k financování jeho pracovních úkonů, jež souvisí pouze s prací v jeho ordinaci, je problematické. Je tedy potřeba upozorňovat na potřebu

jeho terénního fungování. V souvislosti s psychiatrií je také třeba pracovat na tom, aby nedocházelo v tak velké míře k hospitalizacím a zejména dlouhodobým hospitalizacím. V kontextu financování je navíc ústavní psychiatrická péče velice drahá. Terénní psychiatrie se bohužel jeví také jako velice drahé řešení, nicméně, kdyby mohla nahradit dlouhodobou hospitalizaci, obnos peněz na poskytnutí péče by se vyrovnal a došlo by navíc k velkému posunu vpřed ku kvalitnějšímu životu lidí se schizofrenií.

Aby v budoucnosti docházelo k častější implikaci komunitní psychiatrie do praxe, je třeba, aby ji bylo věnováno více prostoru ve studijních osnovách oboru psychiatrie. Je potřeba upozorňovat na vyšší účinnost léčby, jestliže je pohled na nemocného upírán jak ze strany zdravotní, tak sociální. V kontextu s touto skutečností je třeba také více podporovat vznik multidisciplinárních týmů.

Sociální oblast má také velké nedostatky. Není dostatečná návazná péče a lidé se schizofrenií či jinou duševní poruchou se nemají mnohdy po ukončení hospitalizace kam vracet. Je tedy potřeba, aby vzniklo více chráněného bydlení a více sociálních bytů, což mají v kompetenci magistráty či úřady města. V rámci rehabilitace je také třeba vytvořit více míst chráněného a podporovaného zaměstnávání. Navíc je potřeba podporovat přijetí zákona o sociálních pracovnících, jež by mohl zaručit zvýšení prestiže oboru a také zvýšení platů sociálním pracovníkům a sociálním pracovnícím. Z důvodu nízké prestiže a nedostatečného platového ohodnocení je stálý nedostatek pracovníků, čímž sociální služby a jejich klienti trpí. Sociální práce potřebuje dosáhnout změny na systémové úrovni.

Co se týče oblasti zaměstnávání, bylo by efektivní, kdyby zaměstnavatelé byli alespoň minimálně vzdělávání v sociální oblasti. Stále se navíc setkáváme s tím, že sociálně a environmentálně odpovědných firem je málo. Zaměstnavatelé potřebují dostat informace o tom, že duševní onemocnění není tabu a že lidé se schizofrenií chtějí a dokáží pracovat. Musí se navíc přizpůsobit styl vedení zaměstnavatele případně vedoucího pracovníka, protože přístup k člověku, jež má psychózu by měl být více individuální, ohleduplný, nemělo by docházet k přílišnému očekávání a vysokým požadavkům ze strany nadřízeného.

V oblasti vzdělávání lidí se schizofrenií je třeba upozornit školy na to, že mezi jejich studenty se může vyskytnout někdo s duševním onemocněním. Škola následně musí vědět, jak se ke studentovi chovat, jak ho podpořit v jeho vzdělávání, případně mu umožnit studium z domova.

Do oblasti trávení volného času je třeba angažovat sociální pracovníky a sociální pracovnice tak, aby napomáhali klientovi čerpat z jeho vlastních zdrojů a spolupracovat s lidmi z místní komunity, případně chodit na místa, jež jsou dostupná i lidem bez duševního onemocnění. Apelovat na to, aby netrávili volný čas pouze doma, nebo k jeho trávení nevyužívali pouze institucí jako jsou centra duševního zdraví a jiná místa určená k psychosociální rehabilitaci. Případně je vhodné využívat dobrovolníků a snažit se je získávat například na vysokých školách, pomocí sociálních sítí apod.

Vzhledem k rozšířené stigmatizaci a problému nepřijímání duševně nemocných ze strany komunity, je třeba využívat destigmatizačních kampaní a různých osvětových aktivit k boření mýtů a edukaci široké veřejnosti. Hovořit o schizofrenii, upozorňovat na to, že v dnešní době se již nejedná o tabu. Využívat peer pracovníků, jež mají vlastní zkušenost s nemocí, k tomu, aby mluvili o svém životním příběhu a zprostředkovali tak lidem ze zdravé komunity jasnou informaci o tom, že lidé s duševním onemocněním žijí i mezi nimi a není třeba, aby se jich obávali nebo je negativně vnímali. Dále je efektivní pořádat různé přednášky, koncerty, workshopy a zvát na ně lidi z místní komunity. Oslovovat média, snažit se o to, aby v nich byla ukazována i světlá stránka nemoci, nejenom nemoc jako senzace, tragédie a nebezpečí pro společnost. Na druhou stranu je edukace potřeba i z toho důvodu, aby lidé byli připraveni v případě potřeby poskytnout pomocnou ruku nemocným. Nemoc totiž může propuknout prakticky kdykoliv a může zasáhnout i někoho z jejich blízkých, případně někoho ze sousedství apod.

Odpověď na hlavní cíl výzkumného šetření není možné poskytnout zcela jednoznačně. Lze určitě říci, že komunitní přístup k péči nepochybně přispívá k inkluzi lidí se schizofrenií do místní komunity. Silnou stránkou tohoto přístupu je práce s klientem přímo v jeho přirozeném prostředí. Sociální pracovníci a sociální pracovnice podporují klienta a jeho fungování ve vlastní domácnosti, případně v chráněném bydlení. Na příjemce péče je nahlíženo z celostního hlediska, a to velmi individuálním přístupem.

Dochází k nápomoci i v oblasti zaměstnávání, vzdělávání, k podpoře efektivního trávení volného času s důrazem na začlenění do místní komunity. Velké pozitivum lze také pozorovat ve spolupráci sociálních a zdravotních složek. V některých případech se již můžeme setkávat s multidisciplinárními týmy, v jiných případech dochází ke spolupráci díky case managementu. Komunitní péče také přispívá k destigmatizaci a osvětě v oblasti péče o duševní zdraví.

Nicméně v současné době se vyskytuje ne jeden problém zabraňující reálné participaci osob se schizofrenií do místní komunity. Zaprvé, psychiatrická péče je pouze v minimálním množství poskytována terénní formou. Psychiatrům jsou propláceny pouze ty zdravotní úkony, jež jsou prováděny v ordinaci. Zadruhé, nedostatek bytových zařízení znesnadňuje návrat uživatele péče do běžného života, zejména po propuštění z hospitalizace. Tato skutečnost navíc může podporovat dlouhodobou hospitalizaci, která má neblahé účinky na sociální vazby a dovednosti klienta a následná participace do místní komunity je ztížena. Zatřetí, stigmatizace je neustálý problém, jež prorůstá společností a dostává se do myšlení i samotných klientů, jež sami sebe dehonestují a izolují ve svých obydlích. Mezi další problémy spadá například i nedostatek pracovních míst a velká neinformovanost široké veřejnosti o problematice schizofrenie a duševního zdraví obecně. Lze konstatovat, že jeden problém vyrůstá z druhého a v zásadě všechny se vzájemně ovlivňují.

S inkluzí jsme se již setkali například u lidí s mentálním onemocněním či u lidí znevýhodněných po fyzické stránce, ale u jedinců s duševním onemocněním to pravděpodobně bude ještě chvíli trvat. Aby došlo ke změně, je třeba nejenom pracovat s osobami, jež mají schizofrenii, ale i s místní komunitou a širokou veřejností. Vytvářet a rozvíjet osvětové aktivity, informovat o tématice duševního zdraví například i v rámci preventivních programů zaměřených na studenty a také zdůrazňovat potřebu jisté systémové změny, nejenom v rámci reformy psychiatrické péče. Nicméně lze uvést, že situace se stále zlepšuje a je třeba si uvědomit, že my všichni můžeme tomuto trendu přispět.

Seznam použité literatury

BAŠTECKÝ, Jaroslav. *Psychiatrie, právo a společnost: postavení duševně nemocného ve společnosti a v právních předpisech*. 1. vyd. Praha: Galén, 1997. 218 s. ISBN 80-858-2445-0.

ČEŠKOVÁ, Eva. *Schizofrenie a její léčba*. 2., rozšířené vyd. Praha: Maxdorf, 2007. 104 s. ISBN 978-80-7345-114-1.

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch: variabilita a patologie lidské psychiky*. 2., přepracované vyd. Praha: Grada Publishing, 2015. 632 s. ISBN 978-80-247-4826-9.

FOITOVÁ, Zuzana. Komunitní péče aneb Aby péče o duši neztratila duši. In: PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. 1. vyd. Praha: Triton, 2009, s. 208-245. ISBN 978-80-7387-253-3.

FOUCAULT, Michel. *Dějiny šílenství v době osvícenství: hledání historických kořenů pojmu duševní choroby*. Praha: Lidové noviny, 1994. 212 s. ISBN 80-710-6085-2.

FOUCAULT, Michel. *Psychologie a duševní nemoc*. 2. vyd. Praha: Dauphin, 1999. 113 s. ISBN 80-860-1930-6.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Brno: Paido, 2000. 207 s. ISBN 80-859-3179-6.

GOJOVÁ, Alice. *Teorie a modely komunitní práce*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006. 115 s. ISBN 80-7368-154-4.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. 2. vyd. Praha: Portál, 2009. 776 s. ISBN 978-807-3675-691.

HARTL, Pavel. *Komunita občanská a komunita terapeutická*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1997, 221 s. ISBN 80-858-5045-1.

HENDL, Jan. *Úvod do kvalitativního výzkumu*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 1999. 278 s. ISBN 80-246-0030-7.

HÖSCHL, Cyril a Barbora WENIGOVÁ. *Objevte cestu, jak jít dál: podpora a rady pro každého, koho postihla schizofrenie*. Praha: Tigis, 2006. 100 s. ISBN 80-903750-2-2.

CHYTIL, Oldřich a Gabriela MAHROVÁ. Metody sociální práce. In: MAHROVÁ, Gabriela, Martina VENGLÁŘOVÁ a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada. 2008, s. 126-134. ISBN 978-80-247-2138-5.

JAROLÍMEK, Martin. Transformace psychiatrické péče. In: HEJZLAR, Petr. *Na cestě ke komunitní psychiatrii: sborník k 15 letům občanského sdružení Péče o duševní zdraví*. Pardubice: Občanské sdružení Péče o duševní zdraví ve spolupráci s nakl. Theo, 2010, s. 90-95. ISBN 978-80-904009-6-2.

KALINA, Kamil. *Jak žít s psychózou?*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1987. 252 s. ISBN 08-080-87.

KINKOR, Milan. Komunitní práce. In: MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008, s. 251-288. ISBN 978-80-7367-502-8.

MAHROVÁ, Gabriela. Psychiatrické minimum. In: MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, s. 69-72. ISBN 978-80-247-2138-5.

MAŠÁT, Vladimír. *Vybrané postupy sociální práce se skupinou*. 1. vyd. Středokluky: Zdeněk Susa, 2012. 157 s. ISBN 978-80-86057-80-4.

MATOUŠEK, Oldřich, *Slovník sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. 271 s. ISBN 978-80-7376-368-0.

MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 288 s. ISBN 80-7178-549-0

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

NAVRÁTIL, Pavel. *Teorie a metody sociální práce*. 1. vyd. Brno: Marek Zeman, 2001. 168 s. ISBN 80-903070-0-0.

OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2015. 376 s. ISBN 978-80-247-5199-3.

PAVLOVSKÝ, Pavel. Schizofrenie. In: RABOCH, Jirí, Pavel PAVLOVSKÝ a Dana JANOTOVÁ. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. 4., rozšířené vyd. Praha: Triton, 2006, s. 73-85. ISBN 80-725-4746-1.

- PETRUSEK, Miloslav a Alena VODÁKOVÁ. *Velký sociologický slovník*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1996. 747 s. ISBN 80-7184-310-5.
- PFEIFFER, Jan. Komunitní péče. In: HÖSCHL, Cyril, Jan LIBIGER a Jaromír ŠVESTKA. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigis, 2002, s. 625-629. ISBN 80-900130-1-5.
- PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2014, 248 s. ISBN 978-80-262-0731-3.
- PROBSTOVÁ, Václava. Sociální práce s duševně nemocnými. In: MATOUŠEK, Oldřich, Jana KOLÁČKOVÁ a Pavla KODYMOVÁ. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 2. vyd. Praha: Portál, 2010, s. 133-162. ISBN 978-80-7367-818-0.
- SHORTER, Edward. The historical development of mental health services in Europe. In: KNAPP, Martin, David, MCDAID and Graham THORNICROFT. *Mental health policy and practice across Europe: the future direction of mental health care*. Maidenhead: Open Univ. Press, 2007, s. 15-33. ISBN 9780335214679.
- Schizofrenie: edukační program WPA*. 1. vyd. Praha: Academia Medica Pragensis - Amepra, 2003. 148 s. ISBN 80-866-9403-8.
- SMOLÍK, Petr. *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: Maxdorf-Jessenius, 1996, 504 s. ISBN 80-858-0033-0.
- STUHLÍK, Jan. Case management. In: PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. V Praze: Triton, 2009, s. 139-152. ISBN 978-80-7387-253-3.
- ŠŤASTNÁ, Jaroslava. *Když se řekne komunitní práce*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2016. 112 s. ISBN 978-80-246-3356-5.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-717-8802-3.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-717-8214-9.
- VALENTOVÁ, Vanda. Sociální práce s člověkem s psychotickým onemocněním a komunitní péče. In: MAHROVÁ, Gabriela, Martina VENGLÁŘOVÁ a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada. 2008, s. 126-134. ISBN 978-80-247-2138-5.

VAN WEEGHER, Jaap. Komunitní péče o osoby s psychickými omezeními. In: PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. 1. vyd. Praha: Triton, 2009, s. 14-29. ISBN 978-80-7387-253-3.

VASKOVÁ, Vladana a Ondřej ŽEŽULA. *Komunitní plánování – věc veřejná*. 1. vyd. Praha: Jan, 2002. 15 s. ISBN 80-865-5230-6.

Elektronické zdroje:

DYREHAUGE, Leona. 13 mýtů o schizofrenii. In: *Psychologie.cz* [online]. Praha: Mindlab, © 2010 [cit. 2016-12-07]. Dostupné z: <https://psychologie.cz/13-mytu-o-schizofrenii/>

Fairweather Lodge. *Venango Training & Development center* [online]. VTDC, © 2015 [cit. 2018-03-05]. Dostupné z: <http://www.vtdc.org/fairweather.html>

Health topics: Mental disorders. *World Health Organization* [online]. WHO, © 2014 [cit. 2016-11-16]. Dostupné z: http://www.who.int/topics/mental_disorders/en/

MPSV. *Průvodce procesem komunitního plánování sociálních služeb* [online]. © 2004 [cit. 2017-10-03]. Dostupné z: http://socialnirevue.cz/media/docs/Pruvodce_procesem_kp.pdf

MUSIL, Libor. *Studijní texty z komunitní práce* [online]. Brno: Masarykova univerzita, © 1999. [cit. 2018-03-21]. Dostupné z: https://is.muni.cz/el/1423/podzim2009/SPP117/um/definice_smyslterminu_funkce.pdf

Poruchy duševní a poruchy chování (F00-F99). *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. Praha: WHO/ÚZIS ČR, © 2014 [cit. 2016-11-16]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F00-F99.htm>

Poruchy duševní a poruchy chování: schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy (F20-F29). *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. Praha: WHO/ÚZIS ČR, © 2014 [cit. 2016-11-16]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F20-F29.html>

STUHLÍK, Jan. *Asertivní komunitní léčba a case management* [online]. Praha: Fokus, © 2001 [cit. 2018-03-21]. Dostupné z: <http://www.rpkk.cz/download/model-zdroje/011-asertivni-komunitni-lecba.pdf>

Seznam příloh

1. Scénář rozhovoru.....I
2. Přepis rozhovoru.....II

Příloha 1 – Scénář rozhovoru

- 1) Popište, jaké shledáváte silné stránky v oblasti bydlení lidí se schizofrenií.
- 2) V čem vidíte pozitiva oblasti zaměstnání lidí se schizofrenií?
- 3) Jaká pozitiva lze spatřit v oblasti vzdělávání lidí s tímto onemocněním?
- 4) S jakými silnými stránkami se setkáváme v oblasti psychiatrie v rámci inkluze?
- 5) Jaké volnočasové aktivity lze pozorovat u této cílové skupiny?
- 6) Jak často se setkáváte s přijetím této cílové skupiny lokální komunitou?
- 7) V čem přispívá komunitní přístup k péči o jedince se schizofrenií k jejich inkluzi?
- 8) Jaké jsou slabé stránky oblasti bydlení lidí se schizofrenií?
- 9) Jaké bariéry vidíte v oblasti zaměstnání této cílové skupiny?
- 10) Jaké faktory neúspěšnosti mohou ovlivňovat oblast vzdělání jedinců se schizofrenií?
- 11) Jaké slabé stránky v oblasti zdravotnictví, respektive psychiatrie, můžeme zpozorovat v kontextu péče o jedince se schizofrenií?
- 12) V čem může spočívat neúčast člověka s diagnózou schizofrenie na společenském životě lokální komunity?
- 13) Jakým způsobem stigmatizace znesnadňuje proces participace?
- 14) Jaké jsou slabé stránky komunitního přístupu k péči o jedince se schizofrenií v kontextu inkluze?
- 15) Za jakých podmínek by mohla být oblast bydlení v souladu s inkluzí?
- 16) Jak dosáhnout rovných příležitostí v oblasti zaměstnávání lidí se schizofrenií?
- 17) Jak upravit oblast vzdělání, tak, aby nabízela možnost vzdělávání se lidem se schizofrenií?
- 18) Za jakých podmínek by oblast psychiatrie mohla mít větší potenciál k participování lidí se schizofrenií do lokální komunity?
- 19) Jakými opatřeními by bylo možné zvýšit účast lidí se schizofrenií na společenském životě lokální komunity?
- 20) Jakými metodami by bylo možné bojovat proti stigmatizaci a stereotypním projevům chování?
- 21) Jakým způsobem lze zefektivnit komunitní přístup k péči o jedince se schizofrenií v kontextu inkluze do lokální komunity?

Příloha 2 - Přepis rozhovoru

Popište, jaké shledáváte silné stránky oblasti bydlení lidí se schizofrenií jako jedné z oblastí inkluze?

„Mmm...silné stránky. No ono je to dost individuální, protože záleží, v jaké fázi toho onemocnění se s tím člověkem setkáte, jestli je ten jeho stav nějak stabilizovaný nebo jestli je zrovna v atace. Nevím úplně jak to popsat, je to spíše jako v běžné populaci. Někdo je schopnější a bydlení si najde třeba sám, nebo nějaké spolubydlení, a někdo je zvyklý, že se o něj starají rodiče a nedokáže přerhat rodinné vazby a drží se doma. Co se týče silných stránek... pokud je člověk stabilizovaný, tak si myslím, že když je tam vnitřní motivace, a tak i přesto, že má člověk problémy, tak s mírnou podporou zvládá to, co lidé bez onemocnění.“

A jakou máte zkušenost s chráněným bydlením?

„Ano, no my máme chráněné bydlení. Je to o tom nastavování režimu a učení se. Máme komunitní byt, kde je asi 10 lidí a z toho komunitního mohou jít do samostatného bydlení. Ta paleta jedinců je různorodá, někdo tam přijde a zvládá to bez problémů a někdo tam přijde a není schopen ráno vstát a zkouší si to. Je to hodně o tom, v jaké fázi ten člověk aktuálně je. Pokud je na začátku, po první atace a podařilo se ho stabilizovat a chodí pravidelně k lékaři a nemá příznaky jako jsou hlasy nebo silná paranoia, tak si myslím, že zvládne bydlet samostatně, za kontroly někoho. Ta kontrola je pak už podle domluvy, jak to ten člověk potřebuje.“

A má komunitní přístup větší vliv na to, jestli se jim bydlí lépe?

„No jde o to vytvořit režim a pocit bezpečí a jakmile se to podaří...protože ten režim, ráno vstát, mít snídani, oběd a večeři... to jim dodává bezpečí, protože ví, že další den se bude zase opakovat to samé. Tu strukturu toho dne mají nějak danou, a tak potom nemusí chaoticky přemýšlet nad věcmi, které souvisí s tím onemocněním. Nastavit režim je tedy základ a pak už je to docela snadné a lidi se do toho režimu fakt zaběhnou.“

Děkuji. A jak to vidíte v oblasti zaměstnávání? Co se díky komunitnímu přístupu daří v rámci inkluze?

„No tak jako snažíme se, aby ten člověk měl podporu, kterou potřebuje, ale aby zodpovědnost byla na něm. Pracovník to nesmí dělat za něj. Radíme, jak sepsat životopis, motivační dopis, navedeme ty lidi, jak to napsat, ale píšou to samy, pak to zkonzultujeme. Pak jim dáváme typy na to, kde mají hledat zaměstnání. Občas víme, že někoho shání. My máme rovnou tým pracovních konzultantů, který pak ty lidi jsou schopný připravit na pracovní pohovor. Ale nejdřív se snažíme o to, aby ty lidi sami někam došli a až pak když to nezvládají, tak nabízíme doprovod. A podporujeme je, aby do toho zaměstnání na začátku vůbec vstali, tak je třeba budíme po telefonu nebo je do té práce doprovázíme. Funguje taky asistence na pracovišti po domluvě se zaměstnavatelem. Asistent tam člověka pak podporuje, že to zvládne, nedělá ty věci za něj.“

Když mluvíte o osobě zaměstnavatele... jaká je úspěšnost zaměstnanosti těchto lidí, kteří tedy chtějí být zaměstnávání? Nemají zaměstnavatelé problém s jejich diagnózou?

„No víte co, většinou jsou to pozice pro lidi s nějakým zdravotním postižením, kteří pobírají důchod. Pokud je to na volném trhu práce, tak může dojít k tomu, že s tím zaměstnavatel bude mít problém, pokud se to dozví třeba během pohovoru, a pak toho člověka nevezme. Ale docela se daří ty lidi zaměstnávat, pokud sami pracovat chtějí. Třeba tady v Praze je nabídek hodně, tak se to daří. Ale větší problém je ten, že ty lidi si nevěří a sebevědomí mají nízké, třeba po opakovaných selháních v práci a dál to zkoušet nechtějí. Takže problém je spíš na straně našich klientů. Někdy jsou tak křehký, že i první odmítnutí v práci je může odradit a můžou si vytvářet nějaké paranoidní konstrukce o tom, proč je nevzali, proč se jim nelíbili. A taky každý je schopný dělat něco jiného. Někdo pracuje v chráněných dílnách, jinak hodně jich je v úklidu nebo na recepci nebo nějaký dělají hlídače, ale pak jsou lidi, který dělají úplně normální zaměstnání, znám třeba člověka, který učí na vysoké škole. Některý lidi tu nemoc zvládají natolik, že hledají běžné pozice.“

A co se týče oblasti vzdělání, daří se lidem se schizofrenií se vzdělávat? Protože, také se jedná o něco, co s inkluzí úzce souvisí.

„Ta nemoc většinou propuká až tak jako mezi 20 až 35 lety, takže je minimum lidí, kteří mají projevy už od dětství. Většinou ty lidi běžně vystudují základku a střední školu

a někdy i vysokou, někdy ty problémy právě na té vysoké začnou. Co já mám zkušenosti, tak ty lidi jsou už po škole. Ale zažila jsem i případy, kdy lidé dostudovali a zvládli to, ačkoliv s velkými potížemi. Ale existuje i podpora, třeba středisko Baobab má program „student“, kam dochází lidi, kteří chtějí studovat a vzdělávat se. Pokud člověk onemocní, tak vlastně z počátku se IQ nemění, to až třeba chronicitou. Ale problém je se soustředěním. Ty myšlenky, které se pojí s tím onemocněním, vytváří chaos, takže soustředit se na jednu věc je problém. Takže i učení. Existují teda i nácviky kognitivních funkcí, to dělá třeba ústřední vojenská nemocnice, oddělení psychiatrie, ty mají nějaké programy. Ale snažíme se spíš ty lidi podpořit nějak individuálně. Pomáháme nějak, aby si ty to strukturovali, kdy se co naučí, a vytvořili si nějaký systém.“

A co se týče oblasti psychiatrie, můžete mi popsat aktuální situaci, jak se daří spolupráce, jestli je péče o klienta již posouvána také komunitním směrem, co se v této oblasti daří.

„Co se týče psychiatrie, tak vlastně trendem, o který se snaží i ty komunitní služby, je, aby lékaři, konkrétně psychiatři, pouze nepředepisovali léky, ale začali se zajímat o celkový život jejich pacienta. A to tedy souvisí se spoluprací toho lékaře, jestli je ochoten se jednou za čtvrt roku s námi sejít. My tedy pracujeme formou case managementu a vytváříme individuální plány s klientem, ale když to podpoří i psychiatr, tak je to o to lepší. Je to další úhel pohledu. Třeba když někdo hledá práci, psychiatr píše doporučení, zda toho je schopen, třeba aspoň na půl úvazek... i proto je dobrý, když je psychiatr spolupracující. No a potom je i snaha, když je na tom člověk hodně špatně a barikáduje se doma, aby psychiatr vyjel i do terénu. Ale tady se naráží na hrazení zdravotních úkonů, které pojišťovny neplatí. „

A daří se to třeba v jiných zemích, když ne u nás?

„No moc možná ne, ale vzorem je Itálie, oblast okolo Terstu, kde to začali hodně rozvíjet do té komunity. Tam se jezdí i na stáže a je to takový vzor pro ostatní. Vytváří tam flexibilní multidisciplinární týmy a lékař jede za pacientem, když se necítí dobře. U nás se o to snaží třeba v centru duševního zdraví na Praze 8 a v Podskalí. My máme taky doktorku, která v extrémních případech vyjede, ale je to jednou za rok, no...nebo za půl roku. Tady v ústřední vojenské nemocnici je tým terénních zdravotních sester, které se snaží třeba doprovodit člověka k lékaři a když je nejhůř a člověk nemůže nebo nechce k lékaři dojít, tak sestra lékaře informuje o jeho stavu a on může zajistit převoz do

nemocnice. Protože když to člověk podchytí, tak tím líp se s ním pracuje. Jakmile je dlouhodobě zbarikádovaný doma, třeba několik let, o to hůř se s ním navazují kontakty.“

Myslíte si, že všude v ČR je dostatek služeb? Nebo je ještě na čem pracovat?

„Tak určitě je na čem pracovat. Všude by měli vzniknout centra duševního zdraví, který by měli být pro plus minus stotisíc obyvatel a ideální představa je, že bude pokrytá celá republika. Má to ale úskalí. Já se v tý Itálii byla podívat, a mají to dobře zabezpečeny. Lidé ví, že my se o pacienty postaráme a rodiny se přestávají starat. Předají ho odporníkům a pro ně to už končí. Je potřeba tedy vychytat takovou míru podpory, aby se snažili komunitní služby i komunita, a to je hodně těžký. Já to vnímám tak, že na menších městech ty nemocné zabezpečí komunita, rodina se stará, sousedi taky. Lidi jsou si blízko a podpoří se vzájemně. A to se ve městě jako je Praha neděje. Tady je velká fluktuace lidí, je tu anonymita, jiný styl života obecně. Ani klasický rodiny nefungují tak jako na vsích a malých městech. Tady to teda nahrazují profesionální služby, ale určitě není dobrá cesta, aby nahrazovali všechno. My se snažíme o to podchytit jejich nemoc a podpořit je, ale ta služba musí někdy skončit a aby si našli podporu v přirozeném prostředí. Ne vždy se to teda daří. Jsou tu lidi, kteří rodinu nemají a podporu kromě nás nebudou mít nikde jinde. Ale snažíme se je nasměřovat do normálního života.“

Teď se vydám úplně jiným směrem... jak lidé se schizofrenií tráví svůj volný čas? Účastní se takových aktivit, kde můžou potkat lidi z tzv. zdravé společnosti?

„No jak kdo. Pokud jsou lidi umělecky nadaní, tak se snaží mít třeba nějakou výstavu, třeba i u nás v denním stacionáři nebo lépe někde v kavárně a tak. Někdo hraje na nějaký hudební nástroj, měli jsme tedy i pouličního hráče, který bubnoval na bubínky. Je to ale hodně individuální, ale do skupin se moc nehrnou no, kór do skupin s lidma, kteří ty problémy nemají. Takže na nějaké kroužky nebo tak nedochází.“

Setkáváte s přijetím této cílové skupiny místní komunitou?

„Já si vždycky říkám, že ta Praha je v tom hodně specifická, protože tady ta komunita moc nefunguje, jako třeba na malých městech. Lidi se tady docela zavírají doma nebo se schází třeba se spolužáky z druhého konce Prahy. Není to tady moc typický. Ale že bych se setkávala s úplně otevřenou náručí to ne, ale řekla bych, že je to spíše neutrální. Pokud

člověk v atace není agresivní, tak jsou reakce neutrální, ale pokud má někdo agresivnější projevy, tak je lidé odmítají a odmítají pak i všechny ostatní.“

A jak je to tedy přímo se stigmatizací. Setkáváte se s ní? Jak stigmatizace brání inkluzi?

„Ten problém je dvousečný. Na jednu stranu je stigmatizace, kterou podporují média, která píšou jen o tragédiích, ale nikdy o tom, kdo je v rámci této cílové skupiny oceňovaný. Stigmatizace tady je ze strany okolí, ale zajímavý je, že oni sami se stigmatizují a hodnotí jinak, a to jim někdy brání se participovat. Říkají „my jsme jiní a ostatním nerozumíme“, což jim brání se dostat do běžné komunity a sami říkají, že se v ní necítí dobře. Takže je to v tomto hodně náročné.“

Můžete říci, že stigmatizace může ovlivňovat i oblast bydlení?

„Hodně to záleží na lidech. A to lze řešit edukací. Děláme přednášky v knihovně i u nás... o tom, že a priori člověk se schizofrenií není agresivní, že se do agresivity může občas dostat, vůči sobě i okolí, ale není to hlavní projev, opravdu to není tak, že když má člověk schizofrenii, tak je agresivní. To až když ta nemoc pokročí do určitého stádia, a do tohoto přichází dlouho a nemusí to do toho stádia vůbec dospět. A třeba my ani nepracujeme s lidma, kteří jsou agresivní. Pracujeme s lidma, kteří se léčí. Dostáváme potvrzení od lékaře, který se k tomuto vyjadřuje. Pokud by byl nebezpečný, tak toho člověka doporučíme do jiné služby. Stigmatizace teda brání nějakému přijetí, ale setkala jsem se i s tím, že se sousedi snažili podpořit jednu paní, která byla hodně nemocná, ale ona to odmítala, tak se jim to nepodařilo. Několik měsíců se ji snažili všichni pomáhat, ale nešlo to. Takže to je hodně o těch lidech, někdy mají zkušenost z rodiny nebo jsou vzdělání a pak tyto lidi přijímají a snaží se i pomoci.“

A když se nedaří tyto lidi zaléčit a jsou nebezpeční, tak bývají hospitalizováni?

„Ano, během hospitalizace se jeho stav může stabilizovat a můžou zase odejít. Ale pokud si lékaři myslí, že podpora už není možná, protože by musela být 24hodinová, a my tu pro ty lidi tak moc být nemůžeme, tak pak zůstávají v nemocnicích nebo ústavní péči. Ale Praha může dávat žádost jen do dvou ústavních péčí, ale čekačka je třeba 2 roky.“

Jezdíte do nemocnic, třeba Bohnic, navazovat spolupráci?

„Ano, pokud se o někom dozvíme. Pokud nám někdo zavolá, že mají někoho, kdo potřebuje naši pomoc, tak s tím člověkem pracujeme. Ale je jich hodně, o kterých se nedozvíme. Některé pavilony jsou otevřené, některý uzavřený a na ty se jen tak nedostanete.“

A stane se tak, že tam někdo zůstane zbytečně i několik let?

„To je docela možný, ale my se o tom nemusíme dozvědět. Pokud ano, tak můžeme ve spolupráci s městskou částí nějak řešit, jestli by mu přiznali nějaký byt a jak by to fungovalo. Hodně to řeší i sociální pracovníce přímo v těch Bohnicích.“

Děkuji za odpověď. Vy už jste docela mluvila o tom, co se komunitním týmům daří, ale je něco, co byste fakt vyzdvihla?

„No mě přijde skvělý, že je to tak individuální. Snažím se bavit s člověkem o tom, co by potřeboval, aby byl schopnej udělat nějakou změnu, aby se cítil lépe a konformněji a kvalita života byla odpovídající jeho představám. Což se třeba v nemocnicích moc neděje, není na to čas, lidi tam toho mají hodně a mají nastavený systém práce jinak, se všema hodně podobně. A my se snažíme pracovat individuálně. Občas s něma řešíme i banality, ale pro ně to může být něco velkého. Jednou mi klient řekl, že jeho největší přání je jít do kina, ale neví prostě jak, kde ho najít, jak koupit lístek a tak. A tak jsem se mu snažila poradit a on byl spokojený. Takže tohle mi přijde dobrý, protože my na tohle máme čas. A máme tady mezi kolegy odborníky, který mají dlouholetou praxi, takže můžeme hodně konzultovat. Navíc máme možnost pracovat v terénu. Člověk má tendenci se chovat v každém prostředí jinak. Během hospitalizace, jinak doma a jinak když se s ním jdete projít nějak po městě. Obrázek nemoci hodně dokreslí to, když vidíte, jak ten člověk žije, jaké má rodinné vazby, jak na něj doma příbuzní reagují. A pak zjistíte, že ten člověk je pod velkým stresem, rodina ho třeba ponižuje nebo z něj dělá nezodpovědný malý dítě. A tohle, když má pracovník možnost zjistit, tak je potom snazší toho člověka pochopit, poznat jeho potřeby a pomoc mu posunout na tu úroveň na jakou chce.“

A v čem byste viděla slabé stránky komunitního přístupu nebo komunitních týmů?

„No hlavně je hodně málo pracovníků. A nejsou úplně takový, jaký bychom je potřebovali. A i když je v Praze hodně služeb, tak určitě nepokrývají celou Prahu. No a ... jedna část

je individuální práce a ta druhá je propojování s komunitou. Děláme třeba procházky na různé výstavy, nějaké posezení... no a na to už nejsou kapacity. Někdy je té individuální práce tolik, že už není čas to více propojovat.“

Rozumím. Ještě se vrátím k oblasti bydlení. Za jakých podmínek by byla oblast bydlení v souladu s inkluzí? Jak to nastavit, aby k ní docházelo.

„No tak hlavní palčivý problém je... třeba my máme chráněné bydlení na dobu určitou, je to zaměřené na ten trénink a lidé tam s možností prodloužení mohou být na rok a půl maximálně na dva roky. A pak už není co dál. Takže teď se hodně mluví o sociálním bydlení, protože lidi, kteří pobírají invalidní důchod nedosáhnou na tržní nájem. A kdyby jo, tak musí platit třeba kauce a několik nájmů dopředu. A na to nemají. Takže je potřeba sociálních bytů. Ale jediného, čeho se docílí je to, že jsou ty lidi pak v čekačce a končí na ubytovnách. Takže kdyby městské části měly dostatek sociálních bytů, člověk prošel tréninkem a byty byly různě rozmístěny, aby nebyly třeba všechny v jednom baráku, tak to by hodně prospělo inkluzi. A dost by prospělo, kdyby, když se člověk s touhle nemocí stěhoval do toho baráku, tak se udělala přednáška pro lidi ze sousedství, aby tomu rozuměli, věděli, co dělat, kdyby si všimli, že je člověk v krizi, aby věděli, kam zavolat, nebo se toho člověka třeba zbytečně nebáli a tak.“

A co v oblasti zaměstnávání? Dalo by se dosáhnout třeba i rovných příležitostí?

„No tak když má člověk invalidní důchod, tak to souvisí s omezenou pracovní schopností. Někdo ho ani nechce, protože to bere jako stigma pro sebe sama a bojí se, že si práci ani nenajde. Zároveň pokud reálně vidíme, že ta pracovní schopnost je omezená, tak bych důchod doporučila, což řeší lékaři, kteří tu omezenou pracovní schopnost hodnotí. Navíc ty lidi mají problém se soustředím, takže jsou pomalejší. Takže na rovinu si to asi úplně nedokážu představit, ale zároveň si myslím, že na volnej trh práce se umisťují i lidi, co mají schizofrenii, akorát záleží na tom, jak to oni sami zvládnou. Jako zase nejsem úplně příznivce toho, aby se platil člověk a nic v práci nedělal. A s tím jsem se taky setkala. Některé firmy to berou tak, že je to nějaký způsob charity a zaměstnávají lidi, co tam nakonec nic nedělají, a on sám člověk to vycítí a nedává mu to žádná smysl, a to si myslím, že není úplně zdravý. Protože aby ten člověk ten čas naplnil nějak smysluplně, tak musí vidět nějaké výsledky. Další případ byl, když člověk by zaměstnaný na recepci a nejdřív

mu zakázali brát telefony, pak otevírat dveře, a nakonec tam sice byl, ale nic nedělal. Nebylo mu to příjemný, protože kompetence měl nulový.“

Aha, děkuji. A za jakých podmínek si myslíte, že by oblast psychiatrie mohla mít větší potenciál skutečně napomáhat k inkluzi?

„Tohle se už řeší, museli by se změnit podmínky financování toho zdravotnictví. Doteď pojišťovny proplácí pouze úkony v ordinaci, a když je to mimo ni, tak už to neproplácí. Takže to je na úrovni vyjednávání s pojišťovnami, a to není jednoduché. Ministerstvo zdravotnictví se snaží, ale výsledky nejsou. Kdyby se to financovalo, služby by byly víc v terénu, a ne v ordinaci. Staví se ale vlastně pouze na tom, že by terénní forma péče nahradila hospitalizaci, která stojí taky hodně peněz. Vyšlo by to levněji, kdyby se za nemocnými docházelo. Takže ta reforma by měla spočívat v tom změnit financování a nepodporovat dlouhodobé hospitalizace, ale spíš ty krátkodobé, když je člověk opravdu v krizi. A ta krize má začátek a konec a pokud je to součást onemocnění a je to chronická krize, pak už je otázka, jestli to vyléčí dlouhodobá hospitalizace a člověku to pomůže, ale ukazuje se, že ne. Lidi by měli by být hospitalizováni pouze dva měsíce a pak mít podporu doma, a to se ukazuje jako nejefektivnější. Když si zvyknout na ten servis, tak ani nechtějí hospitalizaci opustit a vrátit se do komunity.“

A stává se tedy, že bývají klienti v hospitalizaci viditelně déle, než je třeba?

„No v psychiatrickém oddělení v nemocnici se zaměřují jen na akutní fázi a kdyby tam měl být člověk déle, tak ho překládají do Bohnic. I to vedení usiluje o to, aby se jednalo jen o krátkodobé hospitalizace, protože ty dlouhodobé způsobují to, že člověk má i jiné problémy, už ne ty, co na začátku, ale spíš problém jít ven, mezi lidi, dojít si nakoupit.“

Dostali jsme se k izolovanosti těchto lidí... jaká opatření by podle Vás mohla zaručit vyšší účast lidí na společenském životě komunity nebo alespoň na trávení volného času v okolí běžné komunity?

„Já bych stavěla vždy na těch koníčkách, na tom, co ty lidi baví, protože to, co je jejich koníčkem, to dokážou i sdílet. Nemá cenu je do něčeho tlačit, bylo by to kontraproduktivní a stresovalo by je to.“

A osvědčuje se třeba dobrovolnictví?

„Experti jsou třeba Dobroduš, já tolik zkušenosti nemám. Dobrovolníci musí být proškolení a vím, že lidi se schizofrenií jsou uzavřenější a dobrovolníci musí víc o aktivizaci usilovat. Názor z Dobroduše je takový, že když člověk přijde do sociální služby, tak profesionál o sobě moc nemluví a soustředí pozornost jen na příběh klienta... a ti mluví jen o svých potížích. Sociální pracovník musí mít jasné hranice, musí být profesionál a odvádí tedy pozornost od sebe zase zpět na klienta. Ale dobrovolníkům je to víc jedno a konverzace je i tom, kdo co dělal o víkendu. To je přirozené, je to běžná komunikace, a tak se ji můžou klienti naučit. Může je to naučit si najít kamarády, nemluvit před něma jen o sobě, ale i naslouchat, co říká ten druhý. Neformální komunikaci klienti nemusí zažít i několik let, protože jsou furt v okolí doktorů a pomáhajících profesionálů.“

Děkuji. Před námi je již poslední otázka. Jakými metodami by z Vašeho pohledu bylo vhodné bojovat proti stigmatizaci?

„Hlavně edukací, to je základ, ale lidi by se o to téma museli taky trochu zajímat. No a paradoxně se lidi zajímají jen o katastrofální příběhy, ale úspěšný příběhy je tolik nezajímají a toho využívají média, takže jediný možný nástroj je psát nějaký články, popisovat nějaký případy, kdy se co podařilo nebo dělat nějaké výstavy. Někteří píšou i básně, tak třeba pořádat i čtení básní, ukázat tedy nějakou tu hezkou stránku toho onemocnění. No a v poslední době se začali zapojovat do komunitní práce i peer konzultanti, což jsou lidi s vlastní zkušeností a mohou napomoci tím, že nasdíle svůj vlastní příběh, třeba i na internetu s přiloženýma fotkama. Takže snažit se zpropagovat i tu hezkou stránku, nejen tu negativní.“

Děkuji Vám za rozhovor.

„Rádo se stalo.“