



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Komunitní péče o lidi s duševní poruchou

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **REHABILITACE**

Autor: Tereza Bejblová

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Motlová

České Budějovice 2016

Abstrakt

Tato práce se zaměřuje na komunitní péči o lidi s duševní poruchou. Téma bakalářské práce se zabývá sociálními pracovníky a organizacemi, kteří tuto péči poskytují a osobami, které ji využívají.

Cílem této práce je zmapovat sociální a zdravotní služby pro osoby s duševní poruchou včetně jejich návaznosti a vytvořit koncept těchto služeb pro osoby nad 18 let věku v okrese České Budějovice v návaznosti na rozvojový plán sociálních služeb České Budějovice.

Zaměřila jsem se na druhy a typy služeb, které jsou v okrese České Budějovice, jejich propojení, a funkčnost komunitní péče v nich. Na tyto informace jsem se soustředila především v praktické části této práce. V teoretické části této práce, jsem se zabývala významem komunitní péče, jejím rozvojem a zaměřením, dále druhy duševních poruch a kvalitou života osob, které duševní poruchou trpí.

Soubor jsem zpracovávala kvalitativním výzkumem pomocí metody dotazování za pomoci polostandardizovaného rozhovoru s informanty. Informanty jsem vybírala účelovým kvótním výběrem. Dále jsem zařadila pro vyhodnocení metodu trsů a vytvořila jsem diagramy, grafy a tabulky, na základě informací které jsem získala a následně jsem je popsala.

Řešení poskytuje detailní náhled na četnost a propojenost organizací v okrese České Budějovice. Tento náhled obsahuje rozpracované zdravotní a sociální služby, které jsou poskytovány lidem s duševní poruchou.

Ve výzkumu jsem se zaměřila i na důležitost role sociálního pracovníka, rozepsala jej a znázornila v tabulkách. Dále jsem vypracovala SWOT analýzu komunitní péče, její silné a slabé stránky a její příležitosti a rizika, vše na základě získaných dat od informantů.

Výzkumem jsem zjistila, že je zde málo zdravotních služeb pro lidi s duševní poruchou a obrovská škála služeb sociálních. Dalším zjištěním bylo, že dotazované organizace poskytují komunitní péči už delší dobu a spolupracují mezi sebou navzájem. Systém je velmi úzce spjatý a kolegiálnost navzájem velmi povzbudivá.

Klíčová slova: komunitní péče, duševní porucha, role sociálního pracovníka, zdravotní služby, sociální služby

Abstrakt

This thesis focuses on a community care of people with a mental disorder. The topic of the bachelor thesis deals with social workers and organizations who provide this care and people who use it.

The aim of this thesis is to map the social and health services for people with mental disorder including its continuity and to create a concept of these services for people above 18 years of age and above in the district of České Budějovice according to the development plan of social services České Budějovice.

I focused on the types of services which are in district of České Budějovice and its linking and the function of community care within. This information was focused on mainly in the practical part of the thesis. In the theoretical part, I focused on the meaning of community service, the development and focus, next subjects were mental disorders and its typology and the quality of the patients lives.

The file was worked out by a quantitative research method, using survey questionnaires and half-standardized interview with informants. Informants were chosen by purpose quota choice. The evaluation was classified by cluster method and the diagrams, graphs, charts were made and based on the information I had obtained and subsequently described.

The solution provides a detailed overview of frequency and linking of the organizations in the district of České Budějovice. This overview contains processed health and social services which the mentally disordered people are provided by.

I focused on an importance of the role of a social worker in my research and I broke it down and typified it in the charts. I also created a SWOT analysis of a community service, its strong and weak sides and also opportunities and risks based on all data obtained from informants.

The output of the research is a lack of health services for people with mental disorder and a huge scale of social services. Next finding was that the organizations enquired have provided these services for a long time and they have been cooperating together. The system is tight and the climate is very positive.

Key words: community service, mental disorder, role of a social worker, health service, social service

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury. Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích

.....
Tereza Bejblová

Poděkování

Touto formou, bych chtěla poděkovat paní PhDr. Lence Motlové za odborné vedení, cenné rady, vstřícnost při konzultacích a velikou trpělivost, kterou semnou měla. Mé poděkování patří též informantům za možnost spolupráce. A dále bych chtěla poděkovat své rodině, díky které jsem měla možnost studovat na univerzitě a za jejich trpělivost a podporu.

Obsah

Úvod.....	10
1 Teoretická část.....	11
1.1 Komunita a komunitní péče	11
1.1.1 Vývoj komunitní péče.....	12
1.1.2 Vztah a komunitní péče	13
1.1.3 Sociální pracovník a klient	14
1.1.4 Role sociálního pracovníka.....	16
1.2 Komunitní sociální práce	17
1.2.1 Cíle komunitní práce.....	17
1.2.2 Historie a současná situace v České republice a zahraničí	17
1.2.3 Současná situace v České republice.....	19
1.3 Duševní porucha.....	19
1.3.1 Význam pojmu porucha.....	20
1.3.2 Příčiny a dělení duševních poruch	20
1.3.3 Kvalita života lidí s duševní poruchou	23
1.3.4 Práva lidí s duševní poruchou.....	23
1.3.5 Komunitní péče ve vztahu komunikace s lidmi s duševní poruchou.....	24
1.3.6 Komunitní péče ve vztahu s psychiatrickou rehabilitací	25
1.4 Komunitní péče o lidi s duševní poruchou v Českých Budějovicích.....	25
1.4.1 DOMINO České Budějovice- služba pro lidi s duševním onemocněním	26
1.4.2 FOKUS České Budějovice	27
1.4.3 Domov Libnič a Centrum sociálních služeb Empatie	28
2 Cíl práce a výzkumné otázky	30
2.1 Cíle práce	30
2.2 Výzkumné otázky.....	30
3 Metodika.....	31

3.1	Metody a techniky sběru dat	31
3.1.1	Výzkumný soubor	32
3.1.2	Realizace výzkumu	33
3.2	Výsledky	34
3.2.1	Výsledky rozhovorů se sociálními pracovníky Fokus	34
3.2.2	Výsledky rozhovorů se sociálními pracovníky DOMINO	39
3.2.3	Výsledky rozhovorů se sociálními pracovníky Domov Libnič a Empatie	43
3.2.4	Shrnutí výsledků	48
3.3	Návrh koncepce komunitní péče o lidi s duševní poruchou ve věku 18+ v okrese České Budějovice v návaznosti na rozvojový plán sociálních služeb	51
3.3.1	Shrnutí výsledků	59
4	Diskuze	63
4.1	Diskuze k zmapování sociálních a zdravotních služeb pro osoby s duševní poruchou, včetně jejich návaznosti v okrese České Budějovice	63
4.2	Diskuze k výzkumným otázkám	65
5	Závěr	69
6	Seznam použité literatury	71
7	Přílohy	79
8	Seznam zkratk	84

Úvod

„Duševní bolest je horší nemoc než tělesná.“

PubliliusSyrus

Lidé s duševní poruchou jsou v naší společnosti často nepochopeni a vnímáni jako zvláštní osoby, kterým je lépe se vyhýbat. Jsou často středem narážek, agresivních útoků a stigmatizace. Zvyšuje se procento těchto osob a z toho důvodu se zvyšuje i počet služeb, které jsou jim poskytovány.

Má práce je zaměřena na komunitní péči o lidi s duševní poruchou. Vybrala jsem si toto téma z důvodu toho, že mne tato cílová skupina vždy zajímala a protože se snažím změnit náhled svého okolí na tyto osoby. Dále si myslím, že hodně lidí si neuvědomuje potřebnost komunitní péče a důležitost jakou zde mají sociální pracovníci.

Myslím si, že téma práce je aktuální, protože se komunitní péče u nás v České republice stále rozvíjí a lidé o této péči mají malé anebo dokonce žádné povědomí. V teoretické části práce se zabývám komunitní péčí, komunitní prací, která napomáhá osobám s duševní poruchou zvládat nástrahy běžného života a navrací tyto osoby do socio-kulturní sféry. V praktické části jsem se zaměřila na organizace v okrese České Budějovice, které jsou poskytovateli sociálních služeb a zároveň vykonávají komunitní péči a vytvořila jsem koncepci zdravotních a sociálních služeb.

Hlavním cílem mé práce je zmapovat sociální a zdravotní služby pro osoby s duševní poruchou včetně jejich návazností v okrese České Budějovice. Navazuje na něj dílčí cíl a to navrhnout koncepci komunitní péče o lidi s duševní poruchou ve věku 18 + v okrese České Budějovice v návaznosti na rozvojový plán sociálních služeb. Tento cíl je základem pro celou mou práci. Svůj cíl jsem naplnila v praktické části, ve výsledcích své práce, ve které se nacházejí diagramy, grafy a tabulky. Spolupracovala jsem s organizacemi v okrese České Budějovice, respektive s Fokus České Budějovice, DOMINO České Budějovice a Domov Libníč a centrum sociálních služeb Empatie, vedla jsem zde polostandardizované rozhovory se sociálními pracovníky.

1 Teoretická část

1.1 Komunita a komunitní péče

Pojem komunita má několik možných vysvětlení. Vždy záleží v jakém kontextu, je komunita používána, jak ji autor pojmenoval a z jakého pohledu na ni hleděl, nejvíce mne zaujala tato definice od Matouška (2003) „komunita je místo, kde člověk může získat emocionální podporu, ocenění a praktickou pomoc v každodenním životě“, (Matoušek, 2012, str. 48).

Gojová (2006) napsala, že v moderním smýšlení byla komunita brána jako trvalá, objektivní a univerzální. Byla také spojována s místy, strukturou, ale také myšlenkami. Dále popisuje, že komunita je také chápána jako subjekt, který se vytváří za pomoci komunikace, z čehož vyplývá, že nemůže být brána jako prostor, který hledáme nebo ho opouštíme či do kterého můžeme vstupovat. Dle Gojové se praxi se můžeme běžně setkávat s pojmy, jako jsou:

- a) Občanská komunita = společenství osob, které v určitém společném prostoru vykonávají každodenní aktivity,
- b) Výcviková komunita = společenství osob, zaměřující se na sebepoznání, nácviky dovedností a postojů,
- c) Terapeutická komunita = je to specifická forma organizace léčebné instituce umožňující otevřenou komunikaci všech členů instituce (zapojují se zde i pacienti a jejich spolurozhodování a podílení se na léčbě),
- d) Spirituální komunita = společenství osob, sdílejících podobné myšlenky a ideje a snaží se společný spirituální rozvoj, mohou žít i ve společném prostoru, (Matoušek, 2012)

Při práci s lidmi s duševní poruchou se nejvíce setkáváme s terapeutickou komunitou.

Chen (2016) dle výzkumu zjistila, že ve srovnání s většími skupinami, ty malé měli méně potíží se zachováním participativní - demokratické praxe a hodnot.

Gernot (2008) popisuje, že neexistuje žádná společná definice komunitní péče ani termín. V širším pohledu, komunitní péče může být definována jako směs zdravotních a

sociálních služeb poskytovaných jednotlivcům nebo rodinám doma nebo ve společenství za účelem podpory, zachování nebo obnovení zdraví, nebo zmírnění důsledků nemoci a zdravotního postižení, a tím dosažení maximální nezávislosti a kontroly nad svými vlastními životy. K zajištění tohoto, je široká škála služeb a ty mají zásadní význam.

Dále uvádí, že tradiční hlavní uživatelé pečovatelské služby jsou lidé, kteří mají trvalou potřebu péče na dlouhodobějším základě v důsledku účinků stáří, duševní nemoci, mentálního postižení nebo tělesného postižení. Další potenciální uživatelé komunitní péče jsou lidé, kteří jí prostě potřebují, (Gernot, 2008).

1.1.1 Vývoj komunitní péče

Peč a Probstová (2009) popsali, že ve vývojové posloupnosti od 60. let 20. století lze mluvit o třech základních přístupech v komunitní péči. Odlišují se od sebe pojetím služeb, respektive jejich strukturou, lokalizací, aktivitou, mírou institucionalizace, uměním využití neformálních zdrojů apod. To se dále dělí na pojetí role pacientů (klientů) a na pojetí role profesionálů. Uvádějí, že podle daných podmínek se může péče uspořádat na dobu přechodnou, mezistupeň, anebo může kombinovat prvky jednotlivých fází – účinnost péče je pak ovšem nižší, (Peč a Probstová, 2009).

Komunitní péče) je rozdělena do tří etap, které spadají do vývoje komunitní péče:

1. Nemocniční přístup
2. Komunitní přístup
3. Integrativní přístup

Z čehož nemocniční přístup má těžiště péče na psychiatrických odděleních nemocnic a péči provádějí jediné profesionálové a uživatel této péče je nazýván pacient, (Peč a Probstová, 2009).

Peč a Probstová (2009) dále popisují, že při komunitním přístupu, je uživatel brán jako klient, což znamená, že je příjemcem služeb, a sám si volí míru služeb. A jsou zde nutné profesionální specializované služby, ale nejsou dostačující pro integraci.

Uvádějí, že v integrativním přístupu přebírají profesionální služby plnou péči o pacienta a tehdy, kdy běžné služby nejsou schopny pacientovi asistovat ani s podporou

profesionálního komunitního týmu. Zde je uživatel vnímán jako občan, což znamená, že je jedinec brán jako osoba a ne jako hendikepovaný klient, (Peč Probstová, 2009).

Dle internetového zdroje je základním rysem komunitní péče, hnutí za duševní zdraví. Lze ho charakterizovat jako usilovnou snahu tím rozvíjet širokou síť sociálních služeb ve zcela každé komunitě. A jejich prostřednictvím zcela využívat ambulantních služeb. Dále zdroj uvádí, že se tímto může dlouhodobě omezit dlouhodobá hospitalizace klientů v nemocničních či psychiatrických zařízeních, ale i v nápravných zařízeních. Což znamená zavádění nových služeb, jako například alternativní tresty. Dle zdroje se tímto propojí všechny složky sociální práce ku prospěchu občana. A také se zásadně odmítá izolování tzv. nežádoucích deviantů mimo komunitu, (Fokus Labe, 2013).

1.1.2 Vztah a komunitní péče

Moderní komunitní péče kladla důraz na některá hlediska při vztahu pracovníka a klienta, kde se odrážejí principy komunitní práce. Peč (2009) dále ve své knize uvedl tři podstatné aspekty, a to: partnerství, flexibilitu a respekt. Tyto aspekty vysvětlil Peč (2009) následovně:

Partnerství – znamená neustálé vědomí, že klient a pracovník jsou partnery ve společném úsilí, což znamená, že hledají příčiny a vysvětlení, dále se snaží o změny a společně získávají nové dovednosti a poznatky. Což tedy znamená, že nejen klient poznává, ale i sám pracovník pozná své možnosti a hranice. Pracovník se snaží přistupovat ke klientovi bez hotových závěrů, snaží se mu naslouchat, poznávat ho, chápat a uznávat jeho jedinečnost. Napomáhá mu najít společné cíle.

Flexibilita – znamená, že klient a pracovník neustále monitorují změny v klientově životě. Odpovědi budou vždy záviset na klientově situaci. Což znamená, že odpověď v krizové situaci bude jiná, než ta, která byla v době klidové.

Respekt – znamená vnímání potřeb a také hodnot klienta, který je výchozí bod práce a spolupráce, (Peč a Probstová, 2009).

Dle Hartla (2004) komunitní péče o duševně nemocné, je ta která jim v co nejvyšší míře umožňuje pobyt v domácím prostředí. A je kombinací v ambulantní péče, pobytu doma, chráněném bytu nebo stacionáři a v krajním případě i krátkodobý pobyt v ústavu.

Dalo by se tedy říci, že kvalitní komunitní péče představuje několik důležitých charakteristik. Vzájemnou spolupráce mezi klientem a poskytovatelem pomoci, kdy je klient považován za experta na svůj život, pomoc vyškolených pracovníků zaměřit se na posílení a účast klienta v dění společnosti. Dále však i kvalitní služby, které mohou využívat jak klienti, tak i jejich rodiny, (Peč, Probstová, 2009).

1.1.3 Sociální pracovník a klient

Sociální pracovník dle zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů, je ten který vykonává šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, sociálně právní poradenství a odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb, poskytování krizové pomoci, (zakonyprolidi.cz, online, 2010)

Dle tohoto zákona, je podmínkou výkonu činnosti pracovníka v sociálních službách - plná svéprávnost, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost podle tohoto zákona, (zakonyprolidi.cz, online, 2010).

K tomuto tématu jsem dále využila knihu Komunita občanská a komunita terapeutická od Hartla (1997). Nalezla jsem v ní jak materiály k základům pracovníků komunitní práce a všeobecně sociálních pracovníků a také k tomu, jak je důležité to, jakým stylem se chováme a věnujeme klientům.

Dle autora, nedílnou součástí kterékoli profese, která poskytuje pomoc osobám v krizových situacích je empatie, každý pracovník musí mít značnou dávku empatie, což znamená, že musí umět chápat lidské pocity a musí umět pomoci svým klientům pomoci zvládnout jejich osobní a sociální problémy a životní strasti. Dále Hartl uvádí, že důležité je mít všeobecný přehled ve filozofii, sociologii, psychologii a nesmíme opomenout ani ekonomii a sociální politiku. To vše by měl ovládat každý pracovník, který se věnuje mezilidským vztahům, (Hartl, 1997).

Kammerman (2014) uvádí, že sociální pracovníci běžně spolupracují v multidisciplinárních týmech. Účastní se soudních řízení, jednájí se zdravotnickým personálem, učiteli a jinými odborníky pro posílení služeb a vyhovění přání klientů.

Hartl (1997) uvedl jako poslání sociálního pracovníka v komunitní péči, odhalení sociálních priorit a potřeb dané komunity, každý je přece individualita. Také by měl povzbuzovat obyvatelstvo, kvůli tomu, aby poznali své vlastní problémy a pokusili se je zvládnout s pomocí dostupných služeb.

Hartl (1997) uvádí, že Hierarchii hodnot by si měl přisvojit každý sociální pracovník v komunitní péči, má se lišit od ostatních pracovníků a má mít na jeho práci rozhodující vliv. Proto jsou hodnoty předmětem a neustálého zkoumání. Je důležité si uvědomit, že jedinec se nikdy nenarodí do jakési globální kultury určité společnosti, ale subkultury a ta odráží jeho komunitní, sociální a etnické postavení, (Hartl, 1997).

Křišťan (2013) uvádí, že další nedílnou součástí sociálních pracovníků je KONCEPČNÍ MYŠLENÍ. Znamená to předpoklad schopnosti vysoké úrovně zobecnění dostupných informací. Využívají se k tomu tři intelektuální procesy, jimiž jsou: analýza, interpretace a interakce.

Analýza = sběr a účelné využití informací či koncepcí, které napomáhají řešit problém a najít řešení na další postup.

Tento proces se neustále opakuje, protože zde pracuje hodně proměnných faktorů. Dále se musí interpretovat v jejich celkovém, holistickém kontextu.

Interpretace = je základem pro tvorbu skupin a organizování dobrovolnických akcí, jinak toto slovo znamená objasnění či výklad.

Interakce = je zaměřená na získávání kontaktů, vytváření pozitivních vztahů a také komunikaci se všemi články systému, (Křišťan, 2013).

Matoušek (2012) popsal, jak má sociální pracovník v komunitní péči vypadat následovně.

Na komunitního pracovníka jsou při rozvoji a rozšíření komunitní práce kladeny větší nároky, nebo spíše požadavky. A to na jeho znalosti, ale samozřejmě i na jeho profesní dovednosti, které má.

Autor popsal, že pracovník, který pracuje v komunitě, by měl být pracovník, který má tyto potřebné dovednosti:

- a) Žít uprostřed napětí a také konfliktů

- b) Měl by umět naslouchat skupinám, které jsou v komunitě
- c) Měl by usnadňovat a podporovat jednání různých zájmových skupin
- d) Zaměření se na pomoc obyvatelům komunity zapojit se do procesu
- e) Napsání (vytvoření) projektu
- f) Skončit ve správný čas svou práci a nechat ji i na obyvatelích, (Matoušek, 2012).

1.1.4 Role sociálního pracovníka

Dle Kuzníkové (2011) by sociální pracovníci měli být schopni respektovat jakékoli odlišnosti klienta. Měly by být v profesionálním vztahu vnímaví k vlivu rozdílů a to mezi – kulturou a tradicemi, rasou, pohlavím (gender), sexuální preferencí, věkem a třídou, (Kuzníková, 2011).

Řezníček (1994) popsal role sociálního pracovníka následovně:

- a) Pečovatel, poskytovatel služeb – pracovník v roli pečovatele pomáhá klientovi v oblastech běžného života, protože si nedokáže pomoci sám...
- b) Zprostředkovatel služeb – pracovník jako informátor či koordinátor klienta (doporučuje klientovi různé služby či organizace).
- c) Cvičitel sociální adaptace – pracovník v roli trenéra či učitele v sociálních dovednostech
- d) Poradce nebo terapeut – pomáhá klientovi získat náhled na jeho postoje a pocity anebo pomáhá v klientově osobním růstu.
- e) Případový manažer – sociální pracovník zajišťuje vhodné služby u klientů s větším množstvím potřeb.
- f) Manažer pracovní náplně – pracovník se zaměřuje na organizování práce ve velkých zařízeních, sleduje kvalitu služeb.
- g) Personální manažer – administrativní práce.
- h) Administrátor – pracovník ve vedoucí funkci.
- i) Činitel sociálních změn – komunitní sociální pracovník (angažuje se např.: ve správních a legislativních orgánech), (Řezníček, 1994).

Have (2016) popsal, že sociální pracovníci řeší širokou škálu etických otázek, jako správné dodržování práv klientů, řízení důvěrných informací sdílené s klienty a rodinnými příslušníky a ostatními pracovníky.

1.2 Komunitní sociální práce

Komunitní práce je v našich podmínkách relativně novou formou sociální práce, ale přitom ve světě má již stoletou tradici a mezi její metody patří komunitní péče, (Matoušek, 2012).

Dle Navrátila (2001), je komunitní sociální práce jednou z hlavních metod sociální práce, hned vedle individuální a skupinové sociální práce. Komunitní pracovníci ovšem nejsou vázáni jen v zařízení sociální práce, ale také například v institucích, které se zabývají zdravotní politikou komunity, bydlením a rozvojem komunity, politikou zaměstnanosti v komunitě atd. Komunitní práce se uskutečňuje nejen v rámci státním, ale i nestátním sektoru, (Navrátil, 2001).

1.2.1 Cíle komunitní práce

Cílem komunitní práce, podle Matouška (2003) je ovlivňování sociálních změn za pomoci analýzy sociálních situací a formování vztahů mezi různorodými skupinami daného celku tak, aby tento celek sám dospěl k uskutečnění žádoucích změn.

Miloševičová (1989 at Navrátil, 2001) definovala cíle sociální práce s komunitou vymezením jejích jednotlivých úkolů: studium sociálních potřeb a problémů lokality, zpracování návrhů řešení potřeb a problémů, zajištění podpory pro navrhovaná řešení, integrace všech dostupných prostředků komunity k realizaci projektu, (Navrátil, 2001).

Komunitní péče zahrnuje spolu s léčbou také určité postupy, které pomáhají klientovi v oblasti bydlení, zaměstnání a samozřejmě společenských vztahů. Cílovou skupinu by neměli tvořit jen klienti, ale také ostatní účastníci, kteří se podílejí na poskytování pomoci v rámci komunity, (Peč, Probstová, 2009).

1.2.2 Historie a současná situace v České republice a zahraničí

Gojová (2006) uvádí, že v zahraničí se obvykle udává za období vzniku komunitní práce druhá polovina 19. století, má souvislost s rozpadem tradičních komunit, za což může industrializace a urbanizace. Jako průkopník myšlenek komunitní práce je

považován Samuel Augustus Barnett, byl vikářem anglikánské církve ve východní části Londýna. Se svou ženou od roku 1873 začal organizovat vzájemnou praktickou pomoc farníků. V roce 1884 založil univerzitu, Toynbee Hall, kde společně studovali bohatí studenti s chudými.

Dále uvádí, že za první organizace pracující formou komunitní práce lze označit The Charity Organization Societies (Společenská charitativní organizace, fungovala od roku 1877) a dále New York Association for Improving the Condition of the Poor (Sdružení pro zlepšení stavu chudých) založenou roku 1843, (Gojová, 2006).

Uvádí, že společným znakem těchto organizací bylo zapojování dobrovolníků, kteří navštěvovali chudé, nezaměstnané, anebo jinak postižené rodiny, kde podporovali jejich soběstačnost, (Gojová, 2006).

Peč (2009) uvedl, že k jistému úpadku komunitní práce došlo při světové hospodářské krizi. Proto pracovníci začali více spolupracovat s národními organizacemi, aby bylo posíleno postavení komunitní práce ve světě.

V zahraničí se začala postupně komunitní práce transformovat do spousty podob, např.: v šedesátých letech 20. století se v USA stala klíčovou prioritou multirasová a ekonomická spravedlnost.

Autor dále uvedl, že v České republice se o historii komunitní práce dá hovořit velice těžko, protože spolky které zde byli v 19. století a první polovině 20. století vytvořeny splňují komunitní práci jen okrajově. A to z toho důvodu, že jejich založení nebylo primárně směřováno k vyvolání nějaké sociální změny v komunitě, (Peč a Probstová, 2009).

Po únoru 1948 se tyto veškeré spolky posunuli pod hlavičku Národní fronty, což mělo za následek, že lidé neměli zájem vykonávat různé aktivizační programy a to z důvodů, že z toho pro ně vyplývala komunistická ideologie. Dalo by se říci, že tato situace má dopad na dnešní rozvoj komunitní práce u nás, (Peč a Probstová, 2009).

1.2.3 Současná situace v České republice

K lepšímu pochopení současné situace komunitní práce, je podstatné znát kontext, ve který, se komunitní práce rozvíjí.

Internetový zdroj uvádí, že v devadesátých letech dvacátého století se začali rozvíjet nestátní neziskové organizace. Na několika místech naší ČR se začali objevovat instituce veřejné správy, jako jsou obecní a městské úřady a okresní úřady.

Dále popisuje, že při pokusech o realizování komunitních projektů narážejí iniciátoři a realizátoři na limitující podmínky, jakou jsou:

- a) Malá připravenost veřejnosti řešit společné problémy, za to může silná tendence uzavírání se do sebe (individuální konzum),
- b) Očekávání obyvatel komunit, že k řešení problémů jsou určeni jiní lidé než oni sami,
- c) Nastavení úřadů místo podpory se uchylují spíše nařízení lidí
- d) Omezené finanční prostředky
- e) Ostrůvky podpůrné deviace – finanční, legislativní a organizační podmínky pro systémové opatření chybí, (ceskapsychiarie.cz, online, 2016).

1.3 Duševní porucha

Duše- je nejčastěji používané synonymum pro psychiku, dále je to soubor psychických jevů a vlastností, (Hartl, 2004).

Duševní porucha – je klinicky prokazatelná změna duševní činnosti, která má za následek vyřazení člověka z práce, společenského života nebo zodpovědnosti při právních úkonech. Projevuje se v myšlení, pocitech a dále také v chování člověka, které znesnadňuje jeho adaptaci a interakci se sociálním prostředím,(Hartl, 2004).

Dle trestního zákoníku 40/2009 Sb. ve znění pozdějších předpisů se definuje v § 123 duševní porucha takto - *Duševní poruchou se rozumí mimo duševní poruchy vyplývající z duševní nemoci i hluboká porucha vědomí, mentální retardace, těžká asociální porucha osobnosti nebo jiná těžká duševní nebo sexuální odchylka*,(Sbírka zákonů, online, 2009).

Dle Mentzose (2012) je duševní porucha dnes v psychiatrii definována výhradně deskriptivně (popisně), prostřednictvím přítomností či nepřítomností daných symptomů. Tyto symptomy jsou buď to ohraničené, charakteristicky tělesné nebo duševní jevy, které se kvalitativně či kvantitativně odchyľují od normy, (Mentzos,2012).

1.3.1 Význam pojmu porucha

Mentzos (2012) uvádí, že toto označení se v současné zavedlo místo kdysi běžného termínu „onemocnění.“ Tento pojem však také naznačuje nový pohled, kdy je hlavní důraz dysfunkčnost, což znamená poruchu funkce. Což má za příčinu, že se nemoc a utrpení dostává mimo zorné pole, (Mentzos, 2012).

V Hartlově slovníku (2004), je porucha popsána jako relativně trvalé porušení funkce nebo procesu, provázena klinicky rozpoznatelným souborem příznaků nebo chování, většinou spojena s pocitem tísně a nepohodlí, (Hartl, 2004).

1.3.2 Příčiny a dělení duševních poruch

Vede se spor o hlavní zdroj příčin psychopatologie, tedy o prvenství těla a duše. Spor se také hlavně vede kvůli tomu, zda jsou důležité především dědičné faktory nebo faktory z prostředí. Dědičnost nám jednoznačně a nevyhnutelně určuje chování chorobné, chování a deviace, (Baudiš a Libiger, 2002).

Co se týká evropského regionu, tak největší příčiny vzniku duševních poruch, jsou nezaměstnanost, chudoba, politické převraty a migrace. Dále také rozpory s etnickými skupinami a nárůst počtu lidí bez přístřeší,(Marková a kol., 2006).

Jako další příčinu bych uvedla stres a stresové situace. Už od starověku se zkoumá vztah onemocnění a stresu. 20. století má pro nás jako přínos to, že se začaly rozlišovat obecné aspekty stresu a specifické aspekty stresu. Stresory a odpovědi na ně se nyní měří různými způsoby, (Doubek a kol., 2002).

Vágnerová (1999) napsala, že rozlišujeme stres akutní a chronický, distres a eustres a dále vývojový a aktuální stres. V českém překladu napětí či zátěž, se vyznačuje zátěžovou situací, anebo stavem individua.

Z hlediska psychologického můžeme chápat stres jako stav nadměrného zatížení či ohrožení. Toto hledisko je širší než pojetí biomedicínské, (Vágnerová, 1999).

Stres a jeho vliv:

Jedním z významných vlivů stresu na mozek je vliv na změnu senzitivity organismu vůči stresovým podnětům. Často prožívané stresující události vedou ke zvýšení citlivosti (senzitivity) vůči stresujícím podnětům a u toho se také projevuje zvýšenou behaviorální a emoční odpovědí na tyto podněty, (Lékařské listy, 2011).

Duševní poruchy mají různé příčiny a různě se mohou projevovat. A tak je dělíme do hlavních pěti skupin.

Jsou to úzkostné či neurotické poruchy, poruchy osobnosti, psychotické a afektivní poruchy a poslední skupinou jsou psychosomaticky podmíněné onemocnění a také mentální retardace.

Samozřejmě sem řadíme i chování způsobené užíváním psychoaktivních látek, (Juříčková, 2013).

Úzkostné či neurotické poruchy - dají se jednoduše definovat jako různorodé kombinace u tělesných a psychických projevů úzkosti, ty však nejsou nijak vyvolány žádným reálným nebezpečím. Objevují se buď v náhlých záchvatech, ale i v typických situacích, nebo také jako trvalý kolísající stav, (Práško,2005).

Sem zařazujeme například - Obsedantně-kompulzivní poruchu, posttraumatické stresové poruchy, somatoformní poruchy, únavový syndrom, fobické úzkostné poruchy (ty jsou nejrozšířenější) a další,(Práško,2005).

Hlavním znakem u těchto poruch je nadměrný pocit úzkosti a také strach.

Úzkost je složitá kombinace emocí, která zahrnuje strach, zlé předtuchy a také obavy. Strach je určitý způsob myšlení, dalo by se říci, že je to varování, před nebezpečím, (Úzkostné poruchy.net).

Poruchy osobnosti - dříve označovány jako „ psychopatie“ a v lidové verzi byli tyto stavy nazývány jako „podivínství“, (psycholog-praha.cz,online, 2015).

Jedná se o celoživotní disharmonické uspořádání oné osobnosti a má vliv nejen na jedince postiženého touto poruchou, ale i na jeho sociální okolí, ve kterém žije.

Podílejí se na ní různé faktory a to: faktory genetické, faktory prenatální a perinatální. Na tyto faktory navazují vlivy rodinné výchovy a samozřejmě i široké společenské okolí,(psycholog-praha.cz,online, 2015).

Řadíme sem – Paranoidní poruchy osobnosti, schizoidní poruchy osobnosti, disociální porucha osobnosti, Emočně nestabilní porucha osobnosti (impulzivní typ), emočně nestabilní porucha osobnosti (hraniční typ) a mnoho dalších, (Šlaisová a kol., 2004).

Psychotické a afektivní poruchy -jinak řečeno psychózy zahrnují široký okruh stavů. Jejich hlavním charakteristickým znakem je narušený kontakt s realitou, jejichž projevem jsou psychotické znaky a ty se dělí na pozitivní a negativní,(psycholog-praha.cz,online, 2015).

Spadají sem například tyto onemocnění – porucha s bludy, schizoafektivní porucha, akutní a přechodné psychotické poruchy, (psycholog-praha.cz,online, 2015).

Vágnerová (1999) popisuje, že afektivní poruchy mají jako základní projev chorobnou náladu, která neodpovídá reálné životní situaci nemocného.

Zde bych uvedla tyto onemocnění – manická epizoda, bipolární afektivní porucha, depresivní epizody, rekurentní depresivní porucha (opakované depresivní epizody), (Vágnerová, 1999).

Psychosomaticky podmíněné onemocnění -pojmem psychosomatika rozumíme to, že psychické faktory mají významný podíl na vzniku problému v tělesné oblasti, (rehabilitace.info, online, 2013).

Z toho tedy pro mě vyplívá, že nepohoda duše může vést k nepohodě těla.

Velmi jej ovlivňuje takzvaná psychická konstituce, což je například povaha člověka, jeho temperament, odolnost proti zátěži a další. Typická onemocnění jsou například – kolitidy, migrény, žaludeční vředy, průduškové astma či obezita, (upsychiatra.cz, online, 2014).

Mentální retardace -je velice závažná duševní porucha. Popisuje se jako stav zastaveného nebo také neúplného duševního vývoje, které postihuje všechny složky inteligence (poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti).

Dělíme ji na lehkou, střední, těžkou a hlubokou, (Juříčková a kol., 2014).

1.3.3 Kvalita života lidí s duševní poruchou

Gernet (2008) uvádí, že zdraví je důležitou součástí systému zdravotní péče s cílem zlepšovat zdraví, prodloužení života a zlepšení kvality života u celé populace prostřednictvím podpory zdraví, prevence nemocí.

Pojem kvalita života je velice individuální (subjektivní). Každý z nás chce, aby život měl svou kvalitu, uspokojení, úroveň a určitě naplnění, (Samanková a kol., 2011).

Kvalitu života nám nejvíce ovlivňuje zdraví, ale co to tedy vlastně zdraví je. Dnes se setkáváme s velmi pestrými definicemi zdraví. Nejznámější je asi definice, která pochází s WHO (Světová zdravotnická organizace)- *Zdraví je stav úplné tělesné, duševní, sociální pohody a ne pouze nepřítomnosti nemoci či vady*, (Zacharová a kol., 2007).

Novák (2016) uvádí, že mnoho jednotlivců, kteří trpí duševními poruchami, vyhledávají odbornou pomoc pozdě nebo vůbec, což zvyšuje riziko chronizace stavu a snižuje šanci na uzdravení. Jako prohloubení problému autor uvádí nedostatečné služby v místě bydliště, nedostatek informací, studu a strachu ze stigmatizace často brání ve vyhledání pomoci

Duševní poruchy velmi vážně poškozují kvalitu života vzhledem k jedinci, jeho sociální oblasti a oblasti rodinné. Zároveň ovlivňuje pracovní a rodinné výkony (Dušek a kol., 2010). Prostředí se dívá na klienta jako na „hypocondra“ a odvrací se od něj kvůli jakési výchylce proti normalitě. Čemuž se říká stigma, (Juríčková a kol., 2013).

1.3.4 Práva lidí s duševní poruchou

Tomáš (2014) uvádí, že otázky kolem duševního zdraví v České republice jsou stále provázeny značnou stigmatizací (nálepkování). Onemocnění duševní poruchou je vnímáno prostředím jako selhání, které diskvalifikuje člověka ze socio-kulturního života.

Autor dále uvádí, že stigmatizující efekt mají i některá psychiatrická zařízení, které se nacházejí v menších městech, protože je zde hodně nízká úroveň zdravotní a sociální péče.

Uvádí, že neméně zásadní vliv na tuto problematiku mají i média, která upozorňují na agresivní jednání či násilné chování těchto osob, (Tomáš a kol., 2014).

Internetový zdroj uvádí, že Základní práva a potřeby duševně nemocných, musí být chráněna, protože jsou nejčastěji porušována.

Patří sem:

- 1) Právo být vnímán a respektován – nejvíce při hospitalizaci, kdy hrozí nedůstojné zacházení.
- 2) Právo na svobodné rozhodování o sobě samém - často se zneužívá při nedobrovolné hospitalizaci.
- 3) Právo na soukromí – nedostatek vlastního prostoru v lůžkových zařízeních a otevírání korespondence.
- 4) Právo na práci a spravedlivou odměnu – při invalidním důchodu vzniká nemožnost sehnat práci.
- 5) Právo na přiměřené a hmotné zabezpečení – nízká výše invalidního důchodu.
- 6) Právo na přiměřenou životní úroveň – nedostupnost sociální pomoci, ošacení, bydlení a strava.
- 7) Právo na spolurozhodování o léčebných výkonech a postupech – funguje zde direktivní přístup – nedobrovolná hospitalizace.
- 8) Právo na informovanost – dostatečné poskytování informací.
- 9) Právo na lidský kontakt a osobní svobodu – omezování návštěv.
- 10) Právo na osobní růst – málo podnětů, (<http://capz-esprit.sweb.cz/>, 2000).

1.3.5 Komunitní péče ve vztahu komunikace s lidmi s duševní poruchou

Komunikace s lidmi s duševní poruchou je velice citlivá záležitost, proto je kladen důraz na:

Dle Peče a Probstové (2009) poskytování informací, které napomáhají vybudovat vzájemnou důvěru a posilují společenskou zodpovědnost mezi klientem a pracovníkem, takže sem nezahrnujeme milosrdnou lež, lhaní pro uklidnění klienta, nebo používání informací jako způsob trestu. A dále popisují srozumitelnou komunikaci, která vychází z daných potřeb a jazyka, který klient má. Neboli charakteristik, které jsou dány individualitou klienta, jeho aktuálními potřebami a nynější situací, (Peč a Probstová, 2009).

Mahrová (2008) upozorňuje, že nesmíme zapomínat na zásadní věc, a to, že klient s duševním onemocněním je hlavně člověk a nikoli diagnóza či problém. Musíme tedy dbát na jeho potřeby a naplňování jich, (Mahrová, 2008).

1.3.6 Komunitní péče ve vztahu s psychiatrickou rehabilitací

Tomáš (2014) uvádí, že do zhruba 60. let minulého století byla psychiatrická rehabilitace v západních zemích převážně vázána na péči velkých lůžkových psychiatrických nemocnic. Později se však začala vázat k rozvíjející se komunitní péči a deinstitutionalizace. Prvotní podnět jak autor popsál, přišla, při státem koordinované deintucioanalizaci psychiatrických nemocnic a vzniku komunitních center pro duševně nemocné osoby, se kterým byla rehabilitace spjata. Další podnět byl spojen se vznikem tzv. klubových center. Tomáš uvádí, že jej zakládali odborníci na psychiatrickou léčbu a ti začali do těchto svépomocných skupin zaměstnávat profesionály jako například sociální pracovníky, (Tomáš a kol., 2014).

Marková (2006) uvádí, že psychiatrická rehabilitace je jako celek zaměřená na všechny složky osobnosti psychicky nemocného člověka. Využívá především psychologické a pedagogické prostředky. Marková dále uvádí, že tato rehabilitace probíhá nejčastěji v psychiatrických léčebnách, v psychiatrických odděleních nemocnic, v denních stacionářích a psychiatrických ambulancích. Dále uvádí, že tato rehabilitace je dlouhodobým procesem a má fázi doléčování. Na této fázi spolupracuje nespočet odborníků a zdravotnických pracovníků, (Marková a kol., 2006).

Autorka uvádí, že sem můžeme zařadit psychoterapii – která využívá psychologické prostředky. Používá se spíše v medicínských oborech a je buď individuální, anebo skupinová. A využívá například muzikoterapii, arteterapii, relaxaci či biblioterapii.

Uvádí, že sem dále můžeme zařadit socioterapii, která využívá sociální faktory, aby se zlepšili sociální dovednosti a vztahy nemocného. Využívá různé formy, jako například kluby, terapeutické komunity, léčebně výrobní dílny apod., (Marková a kol., 2006).

1.4 Komunitní péče o lidi s duševní poruchou v Českých Budějovicích

V Českých Budějovicích se nachází několik organizací, které poskytují služby lidem s duševním onemocněním. A to například Domino České Budějovice, Fokus České Budějovice, Domov Libnič a CSS Empatie.

1.4.1 DOMINO České Budějovice- služba pro lidi s duševním onemocněním

Posláním DOMINA je podporovat, udržovat a rozvíjet soběstačnost a samostatnost lidí s duševním onemocněním, aby mohli zůstat ve svém přirozeném prostředí, rozvíjet své schopnosti a dovednosti, uplatnit se na trhu práce a začlenit se do běžné společnosti, (mchcb.cz,online, 2016).

Domino poskytuje ambulantní a bezplatné sociální služby lidem s duševním onemocněním. Nabízí prostor pro jejich setkávání v přátelském prostředí organizace a to s důrazem na důvěru a individuální přístup, (mchcb.cz,online, 2016).

Cílovou skupinou jsou osoby starší 18 let s chronickým duševním onemocněním, jako jsou afektivní poruchy (bipolární porucha, deprese), psychotické poruchy (schizofrenie), úzkostné poruchy (obsedantně kompulzivní porucha, fobie), poruchy osobnosti. Avšak tato služba se například neposkytuje osobám, které mají pouze mentální postižení, lidem v akutní fázi duševního onemocnění, (mchcb.cz,online, 2016).

Principy:

- 1) Individuální přístup k uživateli – pracovníci přistupují ke každému uživateli služby s vědomím jedinečnosti a neopakovatelnosti.
- 2) Respektování práv, přání a potřeb uživatele - Při poskytování služby jsou respektována přání a potřeby každého uživatele, nesmí být porušovány žádné jeho práva.
- 3) Mlčenlivost - pracovníci zachovávají v tajnosti veškeré osobní údaje týkající se uživatelů.
- 4) Důvěra - prostředí přijetí, bezpečí, pomoci a opory, ve kterém se uživatel necítí ohrožen.
- 5) Rovný přístup k uživatelům – ke každému uživateli je přistupováno stejně.
- 6) Bezplatnost služby - služba je poskytována bez finanční úhrady.
- 7) Odbornost - pracovníci poskytují službu na základě určitého stupně a obsahu vzdělání, které nadále prohlubují a rozšiřují.
- 8) Komunitní přístup - pracovníci se snaží při práci s uživatelem využít celou jeho podpůrnou sociální síť a spolupracovat s jednotlivými složkami (jiné NNO, rodina, odborní lékaři, ...).
- 9) Přátelské prostředí - přátelský přístup, dodržují však hranice pracovník-uživatel.

10) Týmová spolupráce – pracovníci Domina spolu kooperují na všech aktivitách Domina, (mchcb.cz,online, 2016).

Nabízené služby:

- a) Sociálně terapeutické činnosti – canisterapie, arteterapie, psychoterapie...
- b) Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím – výuka cizího jazyka, turistický klub...
- c) Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

Dále nabízí i sociální poradenství a pomoc při zařizování osobních věcí (úřední záležitosti, doprovody k lékařům ...),(mchcb.cz,online, 2016).

1.4.2 FOKUS České Budějovice

Dle FOKUS České Budějovice, z.s je zapsaný spolek pro pomoc a podporu lidem s duševním onemocněním byl založen na jaře roku 2006. Je neziskovou, dobrovolnou a nepolitickou organizací, která obhajuje práva a prosazuje zájmy osob se zkušeností s duševní nemocí a poskytuje zázemí jim i jejich rodinám,(fokus-cb.cz, online, 2016).

Poskytuje péči lidem starším 16 let, kteří trpí duševním onemocněním a trvalé bydliště mají v jihočeském kraji.

Činnosti organizace:

Dle zákona O sociálních službách č. 108/2006 Sb. poskytují službu sociální rehabilitace, službu sociálně terapeutické dílny a službu chráněné bydlení.

Dle zákona o zdravotních službách č. 373/2011 Sb. Fokus poskytuje domácí ošetrovatelskou péči – zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta, (fokus-cb.cz, online, 2016).

Obhajuje práva a prosazujeme zájmy osob se zkušeností s duševní nemocí, poskytuje zázemí jim i jejich rodinám a dalšími vhodnými způsoby pracuje s komunitou, ve které tyto osoby žijí. Působí i na veřejnost v přístupu a toleranci k lidem s duševní nemocí a informuje o problematice duševního zdraví a nemoci. A také vytváří pracovní příležitosti pro lidi s duševním onemocněním a poskytuje tréninkové bydlení pro zájemce z řad našich klientů,(fokus-cb.cz, online, 2016).

Základní činnosti:

- 1) nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění
- 2) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- 3) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
- 4) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, (fokus-cb.cz, online, 2016).

Dále FOKUS nabízí bydlení K-PAX(chráněné bydlení), sociálně terapeutické dílny a zdravotní služby.

K –PAX je pro lidi s duševním onemocněním, které chtějí žít samostatně. Posláním této služby tedy je podpora a naučení těchto osob dovednostem, které k samostatnému bydlení potřebují.

Sociálně terapeutické dílny slouží k nácviku, posilování a rozvoji pracovních a sociálních dovedností a návyků.

Zdravotní služby – dohled nad výživou, lékový management a aplikace depotních injekcí, (fokus-cb.cz, online, 2016).

1.4.3 Domov Libnič a Centrum sociálních služeb Empatie

Domov Libnič a centrum sociálních služeb Empatie poskytuje služby lidem se zdravotním znevýhodněním, zejména lidem s psychickým onemocněním a lidem s mentálním postižením, (domovlibnic.cz, online, 2016).

Je to příspěvková organizace a zřizovatelem je Jihočeský kraj. Poskytují se zde sociální služby dospělým lidem se zdravotním znevýhodněním v pěti registrovaných službách a to:

- a) Sociálně terapeutické dílny
- b) Chráněné bydlení, Domov se zvláštním režimem
- c) Denní stacionář, týdenní stacionář,(domovlibnic.cz, online, 2016).

Z čehož chráněné bydlení, denní a týdenní stacionář se nachází v CSS Empatie a sociálně terapeutické dílny a domov se zvláštním režimem se nachází v Domově Libnič. Služby jsou zde poskytovány ambulantní či pobytovou formou (domovlibnic.cz, online, 2016).

Posláním denního stacionáře je - poskytování lidem s mentálním a kombinovaným postižením pomoc a podporu, která směřuje k zachování a rozvíjení jejich individuálních schopností, dovedností a zájmů s cílem posílit jejich samostatnost. Denní stacionář je otevřen od pondělí do pátku, denně od 6,00 do 17,00 hod.(domovlibnic.cz, online, 2016).

Posláním týdenního stacionáře je - pomáhání a odlehčování rodinám, rodičům v produktivním věku nebo osamělým rodičům pečujícím o svého dospělého potomka či rodinného příslušníka s postižením, je zachován pevný kontakt klienta se svou rodinou. Služba je poskytována od pondělí od 6hodin do pátku do 17hodin, víkendy a státní svátky tráví klient ve své rodině, (domovlibnic.cz, online, 2016).

Posláním chráněného bydlení je - podpora při osamostatňování a začleňování do běžné společnosti osobám s mentálním a kombinovaným postižením, (domovlibnic.cz, online, 2016).

Posláním domova se zvláštním režimem je - *poskytovat specifickou pomoc a podporu těm lidem, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění (zejména z důvodu schizofrenního onemocnění nebo poruch s bludy), a to s důrazem na respektování jejich práv a individuálních potřeb,* (domovlibnic.cz, online, 2016).

Posláním sociálně terapeutické dílny je - *poskytovat lidem cílové skupiny takovou individuální podporu, která povede k získání nebo upevňování pracovních dovedností a návyků a zároveň k posílení jejich soběstačnosti vedoucí k samostatnějšímu životu a sociálnímu začleňování,* (domovlibnic.cz, online, 2016).

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Hlavním cílem je zmapovat sociální a zdravotní služby pro osoby s duševní poruchou včetně jejich návaznosti v okrese České Budějovice.

Dílčím cílem je navrhnout koncepci komunitní péče o lidi s duševní poruchou ve věku 18+ v okrese České Budějovice v návaznosti na rozvojový plán sociálních služeb.

2.2 Výzkumné otázky

Pro tuto práci byly stanoveny dvě výzkumné otázky.

HVO 1 – Jakou roli hraje sociální pracovník v komunitní péči o lidi s duševní poruchou?

HVO 2 – Jaké jsou silné a slabé stránky, příležitosti a rizika komunitní péče o lidi s duševní poruchou?

3 Metodika

3.1 *Metody a techniky sběru dat*

Pro praktickou část byl zvolen kvalitativní výzkum, za pomoci polostandardizovaného rozhovoru se sociálními pracovníky pracujícími s lidmi, kteří trpí duševní poruchou.

Hendel (2005) uvádí, že vzorem pro kvalitativní výzkum v sociálních vědách jsou přírodní vědy. Předpokládal, že lidské chování můžeme do určité míry předpovídat a také měřit. Dále uvádí, že při kvalitativním výzkumu se využívají náhodné výběry, experimenty a silně strukturované sběry dat, k čemuž se používají testy. Získaná data se analyzují statistickými metodami s cílem je popisovat a explodovat či případně ověřovat pravdivost našich představ o vztahu sledovaných proměnných (Hendel, 2005).

Dle Kutnohorské (2009) se u kvalitativního výzkumu nevyužívá jeden postup, ale postupů více. Tato autorka uvádí, že se u kvalitativního výzkumu provádí metody – dotazníku, standardizovaného rozhovoru, polostandardizovaného rozhovoru apod. Při zadávání bakalářské práce v roce 2015 jsem předpokládala využít k získání dat metodu focus group, což bohužel s ohledem na časovou vytíženost sociálních pracovníků nebylo možné. Pro sběr dat jsem místo toho zvolila metodu dotazování, techniku polostandardizovaného rozhovoru. Kociánová (2010) popisuje, že tento druh rozhovoru je předem připravený s danými otázkami. Dle Nového (2006), se polostandardizované rozhovory blíží podobou spíše dotazníku, tazatel do něj smí vkládat svůj osobní zájem či přesvědčení. Jeho postoj má být však nestranný a neutrální a výroky respondenta nesmí v žádném případě komentovat či hodnotit (Nový, 2006).

Dále jsem využila metodu obsahové analýzy a za pomoci ní jsem analyzovala následující dokumenty: Rozvojový plán sociálních služeb města České Budějovice, výroční zprávy organizací Fokus České Budějovice, Domino České Budějovice a Domov Libnič a centrum sociálních služeb Empatie a také Průvodce sociální oblastí města České Budějovice.

K vytvoření návrhu koncepce komunitní péče o lidi s duševní poruchou ve věku 18+ v okrese České Budějovice jsem využila data z Rozvojového plánu sociálních služeb České Budějovice dostupného na webových stránkách Statutárního města České Budějovice, a dále data získaná od informantů z provedeného kvalitativního výzkumu.

Před každým rozhovorem byli informanti srozuměni s daným výzkumem, cílem a výzkumnými otázkami práce. Ujistila jsem je, že všechna data budou použita pouze pro účely bakalářské práce. S každým pracovníkem jsem vedla rozhovor, který trval 30 – 40 minut. Otázky jsem pro všechny informanty strukturovala stejným způsobem. Výzkum jsem prováděla v červnu 2016.

V průběhu rozhovoru jsem informace zaznamenávala do připravených záznamových archů (Příloha 1) a současně jsem se souhlasem informantů nahrávala rozhovor na diktafon v mobilním telefonu. Záznamové archy pro polostandardizovaný rozhovor jsou uloženy v mém osobním archivu. Získaná data jsem zpracovala metodou vytváření trsů, kdy jsem porovnávala a zobecňovala získaná data z odpovědí jednotlivých informantů. Miovský (2006) uvádí, že při metodě vytváření trsů jsou výroky tříděny do skupin trsů, které vznikají na základě podobnosti mezi určitými jednotkami. Metoda umožňuje vznik obecnějších kategorií.

3.1.1 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvořilo sedm sociálních pracovníků, z čehož tři byli z Fokusu České Budějovice, z.s. (dále jen Fokus České Budějovice), DOMINO - služba následné péče pro lidi s duševním onemocněním (dále jen Domino České Budějovice) a Domov Libnič a centrum sociálních služeb Empatie (dále jen Domov Libnič a CSS Empatie). Informanti byli vybráni účelovým kvótním výběrem. Dle Miovského (2006) se jedná o velice rozšířenou metodu výběru respondentů (informantů). Smyslem tohoto výběru je, že výzkumník cíleně vybírá účastníky výzkumu podle určitých vlastností (předpokladů), (Miovský, 2006). Kritériem jejich výběru bylo vykonávání sociální práce v sociálních službách, sociální práce v nemocnici, zkušenost s komunitní péčí o lidi s duševní poruchou a délka práce s touto cílovou skupinou alespoň jeden rok a ochota spolupráce na mém výzkumu.

Ve Fokusu České Budějovice jsem prováděla výzkum s třemi sociálními pracovníky. Všichni tři mají vysokoškolské vzdělání z čehož dva pracovníci s magisterským vzděláním a třetí s bakalářským, avšak si v současnosti své vzdělání doplňuje navazujícím studiem na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

V Domino České Budějovice jsem uskutečnila výzkum s jednou sociální pracovnící, která má magisterské vzdělání.

V Domov Libnič a CSS Empatie jsem prováděla výzkum se třemi sociálními pracovníci, z čehož všechny mají vysokoškolské vzdělání. Dvě pracovníce dosažené magisterské a jedna bakalářské.

Dalším informantem měla být zdravotně sociální pracovníce na Psychiatrickém oddělení v Nemocnici České Budějovice, a.s. Rozhovor nemohl být uskutečněn, neboť se mi nepodařilo získat souhlas od vedení Nemocnice České Budějovice, a.s.

3.1.2 Realizace výzkumu

Pro zpracování teoretické části jsem nejprve vyhledávala vhodné zdroje, studovala odbornou literaturu a v červnu roku 2015 jsem započala se sepisováním mé práce. Následně na to jsem začala připravovat otázky pro polostandardizovaný rozhovor s informanty z řad sociálních/zdravotně sociálních pracovníků.

V únoru 2016 jsem začala vyhledávat vhodné informanty v Registru poskytovatelů sociálních služeb MPSV a postupně jsem kontaktovala organizace pomocí e-mailu a následně jsem každého informanta osobně navštívila v organizaci. Vlastní výzkum jsem realizovala v červnu 2016 v prostorách jednotlivých organizací, vždy v oddělené místnosti z důvodu soukromí a nenarušování chodu zařízení.

Návrh koncepce komunitní péče o lidi s duševní poruchou ve věku 18+ v okrese České Budějovice v návaznosti na Rozvojový plán sociálních služeb České Budějovice jsem vytvářela v období červen – červenec 2016 a to na základě obsahové analýzy dat a provedeného kvalitativního výzkumu.

3.2 Výsledky

Získaná data jsem zpracovala metodou vytváření trsů, kdy jsem porovnávala a zobecňovala získaná data z odpovědí jednotlivých informantů. Otázky jsem pro všechny informanty strukturovala stejným způsobem.

Informanty – sociální pracovníky jsem očíslovala od 1 do 7, každý má tedy svou zkratku SP (sociální pracovník). SP 1 -3 jsou sociální pracovníci z Fokus České Budějovice, SP 4 je sociální pracovnice z Domino a SP 5-7 jsou sociální pracovnice z Domov Libnič a CSS Empatie.

3.2.1 Výsledky rozhovorů se sociálními pracovníky Fokus

Tabulka 1: Identifikační údaje sociálních pracovníků Fokus

Identifikační údaje	SP 1	SP 2	SP 3
Pohlaví	Muž	Žena	Žena
Věk	35	27	26
Vzdělání	Mgr.	Mgr.	Bc.
Pracovní pozice	Vedoucí komunitního týmu	Vedoucí sociálně terapeutických dílen + sociální práce v terénu	Vedoucí chráněného bydlení
Délka praxe v pomáhající profesi	8 let	1,5 roku	6 let
Délka praxe v péči o lidi s duševní poruchou	8 let	1,5 roku	1,5 roku

Zdroj: vlastní výzkum

Fokus České Budějovice, z.s.nabízí 4 druhy služeb a to komunitní týmy, sociálně terapeutické dílny, chráněné bydlení a nestátní zdravotnické služby.

Služby zde využívá kolem 300 klientů, z čehož 200 se účastní komunitního týmu, 70 sociálně terapeutických dílen a 10 klientů využívá chráněné bydlení (6 mužů a 4 ženy). Jsou zde klienti s typem duševního onemocnění F2 a F3 dle klasifikace WHO.

Pracuje zde několik sociálních pracovníků (na plný nebo poloviční úvazek), zdravotní sestry a nově i peer konzultanti. Všichni tyto pracovníci se účastní komunitního týmu. V rámci Fokus a tedy i komunitní péče zde fungují ambulantní, pobytové a terénní služby.

Činnosti sociálního pracovníka ve Fokus a jeho pohled na komunitní péči

Na otázku „Jaká je vaše pracovní náplň“, mi SP odpověděli:

SP1: Jsem vedoucím komunitního týmu zde ve Fokus České Budějovice, neformální a formální konzultace v týmu, vymýšlení a sestavování metodik, kontrola správnosti činností. Pečuji i o pár svých klientů.

SP2: Mou pracovní náplní je aktivizovat klienty než nastoupí do zaměstnání, naučení režimu pro lepší vstup na trh práce.

SP3: S klienty provádíme volnočasové aktivity např.: vaření, úklid, finanční hospodaření. Doprovázíme klienty na úřady, k lékařům apod. Uspořádávám oslavy klientům a tím i setkávání s jejich rodinami. Navštěvuji klienty v léčebnách a snažím se o jejich kontakt s rodinou.

Na další položenou otázku „Co si představujete pod pojmem komunitní péče?“ mi sociální pracovníci odpověděli:

SP1: Pro mě je to péče spojená s přirozeným prostředím klienta. Péče, která vlastně nevytrhává člověka z jeho prostředí a je opakem ústavní péče.

SP2: Pro mě je to soubor služeb, které klienta aktivizují, umožňují mu pracovat a samostatně bydlet a tím získávat kontakt s okolím.

SP3: *Dle mého názoru je to péče o lidi s duševním onemocněním, která je spojená s organizací a profesionální pomocí. A je to podpora klienta jako takového a podpora v jeho soběstačnosti.*

V čem spočívá role sociálního pracovníka u vás ve Fokusu?

Na této otázce se informanti shodli a sdělili mi, *to nelze specifikovat, každý z nás zde plní několik rolí jako je poradce, terapeut, průvodce, mediátor, administrátor, ale i kamarád. Je to opravdu různorodé.*

Tabulka 2: Role sociálního pracovníka ve Fokusu

Role sociálního pracovníka	SP 1	SP 2	SP3
Pečovatel	X	X	X
Cvičitel sociální adaptace		X	X
Poradce / terapeut	X	X	X
Případový manažer	X		
Manažer pracovní náplně			
Personální manažer	X	X	X
Administrátor	X	X	X

Zdroj: vlastní výzkum

Jak tabulka 2 ukazuje, sociální pracovník musí zvládat několik rolí ve své práci a vždy ji přizpůsobuje potřebám klienta a kvalitě služeb. Samozřejmě nezastávají všichni sociální pracovníci zcela všechny role, ale vzájemně se doplňují.

Na otázku s jakými organizacemi či institucemi Fokus spolupracuje, mi SP1 odpověděl: *Spolupracujeme s azylovými domy, lékaři a psychiatry v Nemocnici České Budějovice, poradnami, Preventem, domovem Libnič a CSS Empatie. Bohužel se nám nedaří spolupracovat s Domino České Budějovice, ale snad se nám v budoucnu tato spolupráce podaří.*

Dále mne zajímalo „Jaké metody a techniky využíváte ve Fokus a komunitní péči jako takové?“

SP1: *Jako metodu zde využíváme Case management, což je takové případové vedení. Samozřejmě individuální, skupinovou práci a nesmíme zapomenout na práci s rodinou. A techniky – rozhovory a dopisování si klienty, kteří se bojí otevřené diskuze. A jako princip zřejmě dopomoc v přirozeném prostředí jednotlivce a jeho zvládnání sebeobsluhy.*

Víte, kdy byla komunitní péče poprvé provedena v ČR?

SP1: *No Fokus už zde funguje 10 let a tak dlouho je vedena tedy v našem zařízení, ale myslím si, že v České republice může být už tak 25 let.*

SP2: *Nejsem si zcela jistá, ale myslím kolem 20 let.*

SP3: *Myslím si, že tak od roku 2006, ale v povědomí je až tak od roku 2008. Takže tak 8 až 10 let.*

Na otázku „Jaké jsou projekty, novinky a plány do budoucna ve Fokus?“ mi SP1 odpověděl: *Plánů do budoucna máme hodně, ale ještě o nich nemůžeme mluvit. Jinak rozvíjíme práci s lidmi pod 18 let věku (16+), dále rozvíjíme spolupráci s Opařany a vytváříme destigmatizační kampaň, při které píšeme i vlastní noviny. Snažíme se rozvíjet efektivitu práce. A jak jsem říkal, více plánů sdělit takto veřejně ještě nemůžu, ale až to bude aktuální, tak je vyvěsíme na naše webové stránky.*

Obrázek 1: SWOT analýza komunitní péče dle pracovníků z Fokusu České Budějovice

<p>Silné stránky</p> <p>Know how</p> <p>Rozšířená působnost</p> <p>Nárůst klientů = potřeba</p> <p>Výsledky = má smysl</p>	<p>Slabé stránky</p> <p>Tabu pro okolí</p> <p>Špatný vliv médií</p> <p>Nestabilní financování</p> <p>Nejasný výhled do budoucna</p>
<p>Příležitosti</p> <p>Dosažitelnost – geografická příležitost, doprava.</p> <p>Rušení léčeбен a vznik terapeutických komunit.</p> <p>Zdroj: vlastní výzkum</p>	<p>Rizika</p> <p>Opotřebovanost pracovníků.</p> <p>Málo pracovníků pro tuto péči.</p> <p>Zrušení dotací ze strany města.</p>

Z obrázku 1 vyplývá, že silnou stránkou komunitní péče je rozšířená působnost, což se dá chápat, že komunitní péče se nezabývá jen jedním problémem, ale více, například rozvojem sebepéče klientů jejich začleněním a komunikací s nimi, spoluprací s rodinou klientů. Další silnou stránkou je to, že má smysl rozvíjet komunitní péči, i z důvodu toho, že je nárůst klientů s duševním onemocněním.

Jako slabé stránky sociální pracovníci vnímají, nestabilní financování, nejasný výhled do budoucna, a to tak, že je zde více organizací a pokud nebudou dostatečné dotace, tak se některé budou moct zrušit. Jak další uvádějí špatný vliv médií a duševní poruchu branou jako tabu pro okolí. Tyto dvě stránky spolu souvisejí, okolí nechce slyšet o duševních poruchách, ale jakmile se ukáže v médiích, že někdo s duševní poruchou provedl jakoukoli trestnou činnost, tak se lidé začnou osob s duševní poruchou bát a vnímají je jako zločince, od kterých nevědí co čekat.

Příležitosti komunitní péče, je dosažitelnost z geografického hlediska, protože organizace jsou různě rozmístěné po Českých Budějovicích a celé České republice, takže každý kdo tuto a jiné péče potřebuje má možnost se do organizace snadno dopravit. A jako hlavní příležitost sociální pracovníci uvádějí rušení léčeбен a vznik terapeutických komunit.

Rizika jsou podobná jako slabé stránky, co se týče strachu nízkého financování a rušení organizací. Dalším rizikem je opotřebovatelnost pracovníků, z důvodu toho, že je málo

pracovníků hodících s na tuto práci anebo tuto práci vykonávat nechtějí a tak je málo pracovníků na velký počet klientů.

3.2.2 Výsledky rozhovorů se sociálními pracovníky DOMINO

Tabulka 3: Identifikační údaje sociálního pracovníka v DOMINO

Identifikační údaje	SP 4
Pohlaví	Žena
Věk	27
Vzdělání	Mgr.
Pracovní pozice	Vedoucí/sociální pracovnice
Délka praxe v pomáhající profesi	3 roky
Délka praxe v péči o lidi s duševní poruchou	3 roky

Zdroj: vlastní výzkum

Domino podporuje, udržuje a rozvíjí soběstačnost a samostatnost lidí s duševním onemocněním, aby mohli zůstat ve svém přirozeném prostředí. Aktuálně je zde 39 klientů se smlouvou a 7 zájemců o službu (před podepsáním smlouvy). Jsou zde klienti se schizofrenií, depresí a bipolární poruchou.

Tým Domino České Budějovice tvoří 4 pracovnice:

- a) 1 vedoucí/sociální pracovnice, 1 pracovnice v sociálních službách
- b) 1 pracovnice v sociálních službách/koordinátorka textilní dílny, 1 pracovnice v sociálních službách/koordinátorka keramické dílny – pracovnice je 0,5 úvazku

Komunitní péči zde vede sociální pracovnice. Jinak se na ní podílí všechny 4 pracovnice (každá pracovnice vede určitou část aktivit pro uživatele). Domino České Budějovice poskytuje ambulantní sociální službu.

Činnosti sociálního pracovníka v Domino České Budějovice a jeho náhled na komunitní péči

Na otázku „Jaká je vaše pracovní náplň“, mi sociální pracovnice odpověděla, *Mou pracovní náplní je vedení služby Domino (fungování služby), zajišťování spolupráce s dalšími organizacemi – prezentace Domina na veřejnosti, přímá práce s uživateli (zajišťování aktivit, pohovory, tvorba individuálních plánů), tvorba a revize standardů, poskytování základního sociálního poradenství.*

Co si představujete pod pojmem komunitní péče?

Určitý soubor služeb, programů a zařízení, který má za cíl pomoci osobám (v tomto případě s duševním onemocněním) žít co nejuspokojivějším životem v běžných podmínkách – uspokojené zdravotní, sociální a psychologické potřeby.

V čem spočívá role sociálního pracovníka u vás v Domino České Budějovice?

Ani jedna z nás nemá jen jednu roli, vykonáváme všechny možné role, takže je to hodně individuální. Občas děláme tolik věcí, že už ani nevnímáme, jaké role vykonávat můžeme a jaké ne.

Tabulka 4: Role sociálního pracovníka v Domino České Budějovice

Role sociálního pracovníka	SP 4
Pečovatel	X
Cvičitel sociální adaptace	X
Poradce / terapeut	X
Případový manažer	X
Manažer pracovní náplně	
Personální manažer	X
Administrátor	X

Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku „S jakými organizacemi či institucemi Domino České Budějovice spolupracuje“, mi SP 4 odpověděla,

Spolupracujeme s Psychiatrickými nemocnicemi (dříve léčebny) – hlavně psych. nemocnice Písek - oslovování nových uživatelů, zajišťování léčby pro naše uživatele ve zhoršeném psych.stavu. Dále s Centrum Arpida, Domov Libnič – společné akce pro uživatele a také s Mezi proudy – pomoc se zajišťováním bydlení a práce.

Dále mne zajímalo, „Jaké metody techniky využíváte v DOMINO a komunitní péči jako takové?“

Jako metody zde využíváme individuální přístup, práce se skupinou, komunitní sociální práce, krizová intervence. Jako techniky využíváme - rozhovor, pozorování, dotazník. Mezi principy řadíme - orientace na lidská práva a potřeby uživatelů, podpora sebepéče ve vlastním prostředí, propojenost služeb.

Víte, kdy byla komunitní péče poprvé provedena v ČR?

Určitě nevím přesně. Možná, si zkusím tipnout, že se o ni začalo usilovat cca v polovině 20. století? Ale dle mého názoru zde/ v ČR ještě systém komunitní péče o lidi s duševním onemocněním není naplno rozvinut (velká část péče je stále institucionálně v psychiatrických nemocnicích).

Na otázku „Jaké projekty, novinky a plány do budoucna máte v DOMINO?“, mi odpověděla SP 4:

Rádi bychom více spolupracovali na programech pro uživatele s ostatními organizacemi. S někým se nám to daří (Centrum Arpida, nově Domov Libnič), ale s dalšími bohužel ne (např. Fokus). Šlo by o společné akce, výlety aj.

Obrázek 2: SWOT analýza komunitní péče dle pracovníků z Domino České Budějovice

<p>Silné stránky</p> <p>Dobrá spolupráce s odbornými lékaři (psychiatry).</p>	<p>Slabé stránky</p> <p>Málo příležitostí pro osoby s duševním onemocněním.</p> <p>Málo finančně dostupných bytů.</p> <p>Špatná spolupráce s psych. oddělením Nemocnice ČB.</p> <p>Dlouhé čekací doby na hospitalizaci.</p> <p>Absence financí na sociální služby.</p> <p>Nedostatečná kapacita některých služeb a lékařů.</p>
<p>Příležitosti</p> <p>Dobrovolníci</p> <p>Finanční zdroje z EU</p> <p>Trendy v péči o lidi s duševním onemocněním ze zemí EU.</p>	<p>Rizika</p> <p>Nedostatečná finanční podpora sociálních služeb.</p> <p>Nejasné financování sociálních služeb ze strany státu.</p>

Zdroj: vlastní výzkum

Z obrázku 2 vyplývá, že jako silnou stránku komunitní péče vnímá sociální pracovnice dobrou spolupráci s odbornými lékaři, jako jsou například psychiatři jak v nemocnici, tak i v soukromých ordinacích.

Jako slabé stránky uvádí, že je málo příležitostí pro osoby s duševním onemocněním (např.: pracovní příležitosti). Dále je pro tyto osoby málo finančně dostupných bytů. Sociální pracovnice dále uvedla, že mezi slabé stránky ze strany organizace DOMINO patří i špatná spolupráce s psychiatrickým oddělením nemocnice České Budějovice. Na což navazuje i dlouhá čekací doba na hospitalizaci klientů. Dále do slabých stránek spadají: absence financí na sociální služby a nedostatečná kapacita některých služeb a lékařů.

Jako příležitosti vnímá sociální pracovnice dobrovolnictví, což se dá vysvětlit jako dobrá příležitost pro klienty, kdy za nimi dochází někdo „zvenčí“ a komunikuje s nimi trochu jinak než kdokoli z pracovníků organizací. Dalšími příležitostmi jsou finanční

zdroje poskytované Evropskou unií a nové trendy v péči o lidi s duševním onemocněním ze zemí Evropské unie.

Rizika komunitní péče jsou dle sociální pracovníce: nedostatečná finanční podpora sociálních služeb a nejasné financování sociálních služeb ze strany státu.

3.2.3 Výsledky rozhovorů se sociálními pracovníky Domov Libnič a Empatie

Tabulka č. 5: Identifikační údaje sociálních pracovníků v Domov Libnič a CSS Empatie

Identifikační údaje	SP 5	SP 6	SP 7
Pohlaví	Žena	Žena	Žena
Věk	29	35	43
Vzdělání	Bc.	Mgr.	Mgr.
Pracovní pozice	Vedoucí sociálního úseku	Sociální pracovníce	Vedoucí sociální služby chráněného bydlení
Délka praxe v pomáhající profesi	8 let	4 roky	21 let
Délka praxe v péči o lidi s duševní poruchou	6 let	4 roky	21 let

Zdroj: vlastní výzkum

Domov Libnič a centrum sociálních služeb Empatie má 5 registrovaných sociálních. Jsou to sociálně terapeutické dílny, domov se zvláštním režimem, týdenní stacionář, chráněné bydlení a denní stacionář.

V Libníči je 113 uživatelů s duševním onemocněním a v CSS Empatie 100 uživatelů s mentálním a kombinovaných znevýhodněním a duševním onemocněním.

Tým tvoří sociální pracovníci, vedoucí v každém sektoru a dobrovolníci + v Domově Libnič jsou přítomny i zdravotní sestry. Na komunitní péči se podílejí všichni pracovníci. Sociální pracovník dělá koordinátora a vedoucí s pracovníky v přímé obslužné péči a dobrovolníci poté komunitní péči s klienty vykonávají. Domov Libnič a CSS Empatie je ambulantní a pobytovou službou.

Činnosti sociálního pracovníka v Domov Libnič a CSS Empatie a jeho náhled na komunitní péči

Na otázku „Jaká je vaše pracovní náplň?“, mi sociální pracovnice odpověděly:

SP 5: Mou pracovní náplní je vedení sociálního úseku, kontrolní metodická činnost, ověřování, depozita, ale také sjednávání schůzek a jednání na nich, administrativní práce a kontrola dokumentace. Je toho velmi mnoho. Jednám i s klienty, musím všechny znát osobně a vše o nich vědět.

SP 6: Má pracovní náplň spočívá v jednání s klienty a jejich rodinami, administrativní práce, agenda. Kontroluji průběh poskytování služeb a jejich správnost.

SP 7: Jako vedoucí chráněného bydlení mám na starost fungování této služby, své klienty a jejich spokojenost. Dohlížím na průběh. Mám na starosti administrativní práci a také dohlížím na dodržování standardů.

Na otázku „Co si představujete pod pojmem komunitní péče?“ sociální pracovnice odpověděly:

SP 5: Podle mě je to podporování uživatelů, aby jejich život fungoval stejným nebo podobným způsobem jako u „zdravých“ lidí s ohledem na jejich schopnosti a potřeby. Je také závislá na komunikaci a spolupráci s rodiči a opatrovníky, kdy se tým musí zaměřit na běžné fungování doma a porovnává jej s fungováním v zařízení. Také do komunitní péče spadá „odústavňování“ těchto osob. Podle mého by bylo přínosné, pokud by pro tyto osoby byli vystavěné byty od města, aby se naučili soběstačnosti a běžnému režimu.

SP 6: *Dle mého názoru je to péče, kterou organizuje obec, která spolupracuje s poskytovateli služeb.*

SP 7: *Komunitní péči vnímám jako péči o klienta ze stran kvalifikovaných odborníků, jako jsou lékaři, sociálních pracovníků a dobrovolníků, kteří se podílejí na kvalitní péči o klienta a jeho zdokonalení v soběstačnosti. Jsou to vlastně takové postupy.*

Na otázku, v čem spočívá role sociálního pracovníka zde v Libníči a CSS Empatie?

Sociální pracovnice odpověděly zcela shodně, že je to role smíšená, protože nelze u těchto lidí dělat jen nějakou práci a zaměřovat se jen na určité role. Takže každá z nich má několik propojených rolí a nikdy nejsou u všech klientů stejné. Každý klient/uživatel potřebuje jinou pomoc a jiné přístupy a tak se k nim musí přistupovat.

Tabulka č. 6.: Role sociálního pracovníka v Domově Libnič a CSS Empatie

Role sociálního pracovníka	SP 5	SP 6	SP7
Pečovatel	X	X	X
Cvičitel sociální adaptace	X	X	X
Poradce / terapeut	X	X	X
Případový manažer	X		
Manažer pracovní náplně	X		
Personální manažer	X	X	X
Administrátor	X	X	X

Zdroj: vlastní výzkum

SP 5 mi sdělila, že každá sociální pracovníce by měla zvládat všechny role a hlavně by měla vědět veškeré informace o klientech, aby se o ně mohla podělit s vedoucími. Hlavně by měla aktivizovat klienty a snažit se o naplňování standardů a umět vypracovat individuální plán a vždy ho upravit dle nových požadavků klienta, nebo požadavků jeho rodiny či opatrovníka.

Na otázku s jakými organizacemi či institucemi Libnič a CSS Empatie spolupracuje mi SP 5 odpověděla, Spolupracujeme s Fokus, protože my nemáme terénní službu a díky Fokus máme možnost ji i klientům nabízet, dále spolupracujeme s Ledax, Charitou ČB, Arpidou a Aplou, dále k nám externě dochází lékaři (psychiatr a praktický lékař). Dochází k nám i pedikérka a paní masérka.

Zajímalo by mne „Jaké metody a techniky využíváte v organizaci a komunitní péči jako takové?“

SP5: Metody jsou u nás, práce s rodinou, skupinou a jednotlivcem, techniky které využíváme, tak jsou samozřejmě rozhovory, dotazníky a u lidí se zhoršeným vyjadřování či neschopnosti komunikovat využíváme piktogramy. Co se týče principů, tak je to široká nabídka aktivizačních činností, snaha o to brát klienty hodně mimo organizace, udržování stávajících dovedností a možné rozvíjení těchto dovedností. Co se týče chráněného bydlení je zde velká snaha vést klienty k soběstačnosti (nakupování, úklid.) a hledání práce.

Kdy byla poprvé provedena komunitní péče v České republice?

SP 5: *No to přesně nevím, ale myslím si, že je to tak 60 let.*

SP 6: *Myslím si, že komunitní péče je tu od roku 2000, takže 16 let.*

SP 7: *Podle mě, komunitní péče jako taková je tady 3 roky.*

Na otázky „Jaké projekty, novinky a plány do budoucna máte v Domov Libnič a CSS Empatie?“ mi SP 5 odpověděla:

Z důvodu nástupu nové paní ředitelky teď přesně nevím, protože samozřejmě paní ředitelka přijde s novou koncepcí a vizí. Myslím si, že na chráněném bydlení to bude stále stejné, jako je to doteď. U týdenního stacionáře bude převrat a to takový, že se budeme snažit tyto klienty přeradit na chráněné bydlení a z domečku ve kterém teď jsou,

vytvoříme prostředí pro lidi se specifickými potřebami (např.: pro lidi s poruchou autistického spektra). A jinak vše ostatní by mělo být beze změny. A samozřejmě chceme dále pokračovat ve spolupráci s jinými organizacemi. A snažíme se více klienty vést k soběstačnosti a vycházení mimo zařízení, pro ulehčení sociálního kontaktu.

Obrázek 3: SWOT analýza komunitní péče dle pracovníků z Domova Libnič a CSS Empatie České Budějovice

<p>Silné stránky</p> <p>Seznamování společnosti s onemocněním</p> <p>Klienti se stávají soběstačnými => mají z toho dobrý pocit</p>	<p>Slabé stránky</p> <p>Nejsou jasně daná pravidla</p> <p>Ještě nedostatečné a nedovinuté služby</p>
<p>Příležitosti</p> <p>Aktivizace klientů na podnětech zaměstnanců</p>	<p>Rizika</p> <p>Opotřebovanost zaměstnanců – ne jako vyhoření, ale nemá k této práci vloh</p> <p>Neaktivní klienti</p>

Zdroj: vlastní výzkum

Z obrázku 3 vyplývá, že silné stránky komunitní péče dle sociálních pracovníků jsou: Seznamování společnosti s onemocněním, což je velmi významnou sférou pro klienty, kdy osoby s duševní poruchou budou brány jako všichni ostatní a dále to, že klienti se stávají soběstačnými a to je naplňuje a motivuje k dalším činnostem.

Jako slabé stránky pracovnice uvedly, že při ní nejsou jasně daná pravidla, kterými by se všechny organizace jednotvárně doplňovaly. A na to navazují nedostatečné a nedovinuté služby pro osoby s duševní poruchou.

Jako příležitost sociální pracovnice uvádějí aktivizaci klientů na podnětech zaměstnanců. Kdy zaměstnanec přijde s nápady na aktivizaci klientů a chce jí provést, avšak to musí dělat dobrovolně a z vlastní iniciativy.

Riziky komunitní péče vnímají pracovníci: opotřebovatelnost zaměstnanců avšak to není bráno jako vyhoření, ale tak, že zaměstnanec neumí a nechce aktivizačně a kvalitně jednat a spolupracovat s klienty. A dalším jsou neaktivní klienti, kteří o aktivizaci a různé možnosti v organizaci nestojí a spíše chtějí zůstat v ústraní. Anebo jsou to tací

klienti, kteří se nechtějí „pohnout“ z místa a zkusit například žít v chráněném bydlení, kvůli závislosti na službě a z toho vyplývající pohodlnosti.

3.2.4 Shrnutí výsledků

Pro tuto práci byly stanoveny dvě výzkumné otázky.

HVO 1 – Jakou roli hraje sociální pracovník v komunitní péči o lidi s duševní poruchou?

Výzkum ukázal, že každý sociální pracovník plní několik rolí a nikdy není zcela zaměřen na jednu. Je to dáno individualitou klientů a jejich potřebami. Každý klient potřebuje jiný přístup a jinak směřovanou pomoc. K těmto rolím patří například role pečovatele, zprostředkovatele služeb, cvičitele, poradce, případového manažera. Sociální pracovník tedy vykonává svoji činnost v rámci rozsáhlého oboru, škála jeho činností je velmi obsáhlá. Zároveň je sociální pracovník i prostředníkem mezi klientem a jeho rodinou, nebo prostředím. Sociální pracovníci velmi flexibilní a vžívají se do několika rolí najednou.

Roli pečovatele poskytuje 7 ze 7 dotázaných informantů, roli cvičitele sociální adaptace vykonává 6 ze 7 dotázaných informantů (SP 1 ne), roli poradce/terapeut poskytuje opět 7 ze 7 dotázaných informantů, roli případového manažera poskytují 3 ze 7 dotázaných informantů (SP 1,4,5 ano), roli případového manažera poskytuje 1 ze 7 dotázaných informantů (SP 5 ano), roli personálního manažera a roli administrátora poskytuje 7 ze 7 dotázaných informantů.

Domnívám se, že role sociálního pracovníka je velmi důležitá. Klient se svěřuje sociálnímu pracovníkovi a hledá u něj útěchu, podporu a pochopení. Podle SP3 *může být sociální pracovník i kamarádem pro klienta*, se kterým se bude radit, a společně budou budovat důvěru mezi sebou.

HVO 2 – Jaké jsou silné a slabé stránky, příležitosti a rizika komunitní péče o lidi s duševní poruchou?

Pro získání dat jsem využila kvalitativní metodu SWOT analýza, na základě které jsem od každého sociálního pracovníka zjistila jeho názor na silné stránky, slabé stránky, příležitosti a rizika komunitní péče o lidi s duševní poruchou 18+v okrese České Budějovice.

Obrázek 4: SWOT analýza komunitní péče o lidi s duševní poruchou 18+ v okrese České Budějovice

<p>Silné stránky</p> <p>Know how Rozšířená působnost Nárůst klientů = potřeba Výsledky = má smysl Dobrá spolupráce s odbornými lékaři (psychiatry) Seznamování společnosti s onemocněním Klienti se stávají soběstačnými => mají z toho dobrý pocit</p>	<p>Slabé stránky</p> <p>Tabu pro okolí Špatný vliv médií Nestabilní financování</p> <p>Nejasný výhled do budoucna Málo příležitostí pro osoby s duševním onemocněním Málo finančně dostupných bytů Špatná spolupráce s psychiatrickým oddělením Nemocnice ČB Dlouhé čekací doby na hospitalizaci Absence financí na sociální služby Nedostatečná kapacita některých služeb a lékařů Nejsou jasně daná pravidla Ještě nedostatečné a nedovinuté služby</p>
<p>Příležitosti</p> <p>Dosažitelnost – geografická příležitost, doprava.</p> <p>Rušení léčen a vznik terapeutických komunit. Dobrovolníci Finanční zdroje z EU</p> <p>Trendy v péči o lidi s duševním onemocněním ze zemí EU</p> <p>Aktivizace klientů na podnětech zaměstnanců</p>	<p>Rizika</p> <p>Opotřebovanost pracovníků. Málo pracovníků pro tuto péči Zrušení dotací ze strany města Nedostatečná finanční podpora sociálních služeb Nejasné financování sociálních služeb ze strany státu</p> <p>Opotřebovanost zaměstnanců – ne jako vyhoření, ale nemá k této práci vloh Neaktivní klienti</p>

Zdroj: vlastní výzkum

<p>Legenda: SP 1 – modrá barva SP 2 – červená barva SP 3 – zelená barva SP 4 – oranžová barva SP 5 - fialová barva SP 6 – černá barva SP 7 – tmavě modrá barva</p>

Z Obrázku 4 je patrné, že se sociální pracovníci shodli, že silnými stránkami komunitní péče v okrese České Budějovice je blízká spolupráce s odborníky a jinými organizacemi. Také to, že se komunitní péče nezabývá jen jedním problémem, ale více například rozvojem sebedpěče klientů jejich začleněním a komunikací s nimi, spoluprací s rodinou klientů. Silnou stránkou je i upotřebitelnost této péče, podle sociálních pracovníků narůstá počet osob s duševní poruchou.

Jako slabé stránky se ukázaly: Strach z nízkého financování, vyhoření nebo neschopnost zvládat tento druh práce u sociálních pracovníků. Informanti uvedli, že ještě nejsou dostatečně rozvinuté služby a komunitní péče ještě nemá jasně daná pravidla a hranice. Další slabou stránkou je, jak okolí vnímá lidi s duševní poruchou, je těžké najít zaměstnání pro tyto osoby, nebo vlastní byty. K čemuž se přidává i problém, jakým způsobem se okolí k lidem s duševní poruchou chová, stigmatizuje je anebo se o tomto druhu onemocnění nechtějí ani bavit. Dále špatný pohled ze strany médií, kdy média upozorňují na možnou agresi u těchto osob.

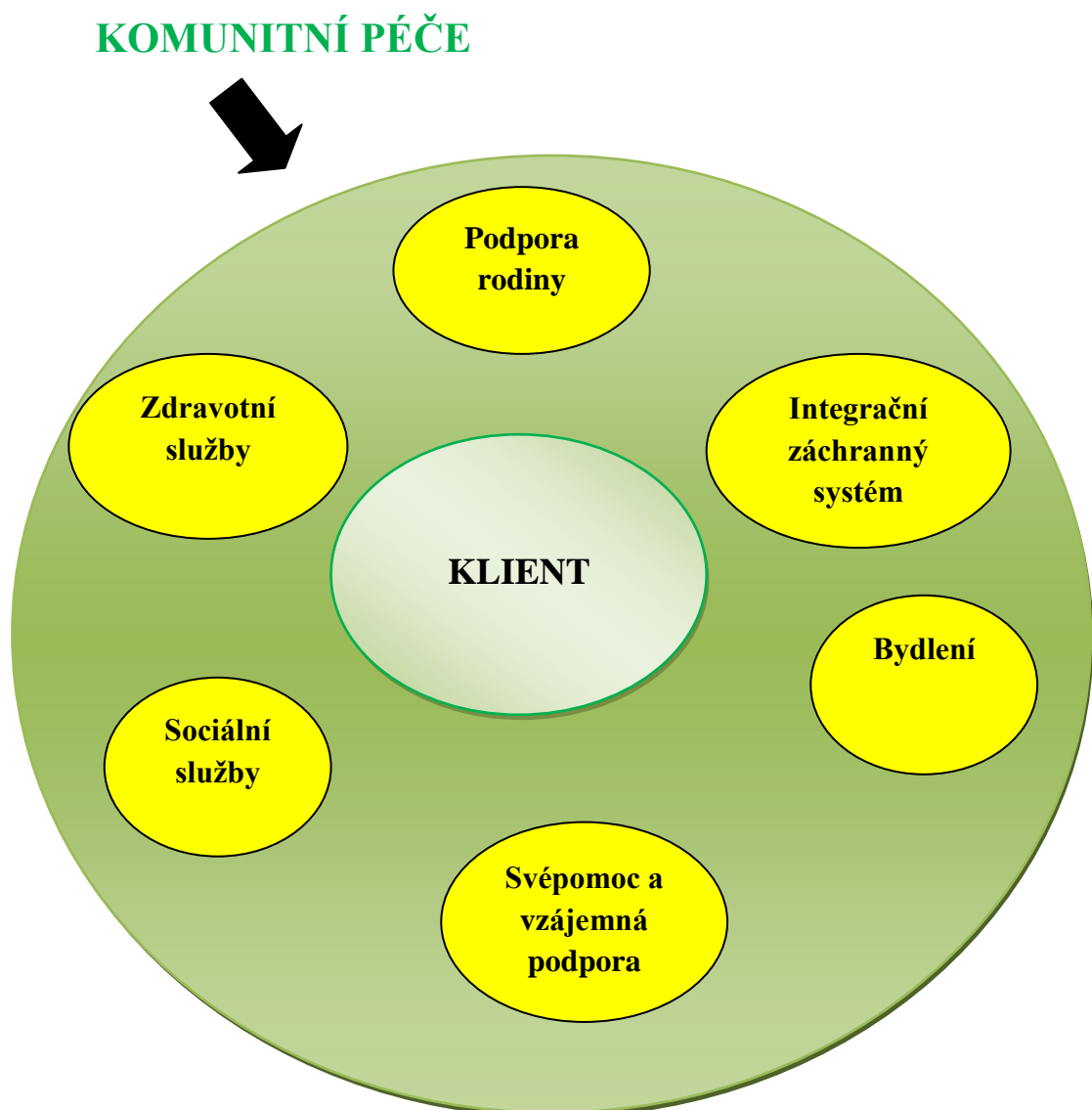
Jako příležitosti komunitní péče vnímají sociální pracovníci například: financování ze strany Evropské unie, dosažitelnost služeb a aktivizace klientů, ale i pracovníků. Jsou to možnosti pro zkvalitnění služeb a zároveň jejich rozvoj.

Jako rizika sociální pracovníci uvedli, že se velmi bojí toho, aby organizace nepřišli o financování a dotace ze strany státu, což by zapříčinilo rušení některých služeb, nebo organizací. Obávají se, že při zvyšujícím se počtu osob s duševní poruchou, nebude nárůst sociálních pracovníků a pracovníků v přímé obslužné péči, kteří by chtěli s těmito lidmi pracovat. A to může mít za následek vyhoření stávajících pracovníků.

3.3 Návrh koncepce komunitní péče o lidi s duševní poruchou ve věku 18+ v okrese České Budějovice v návaznosti na rozvojový plán sociálních služeb.

Výsledky uvedené v této kapitole se vztahují k dílčímu výzkumnému cíli, jehož naplnění jsem využila data získaná od informantů z řad sociálních pracovníků a také z analýzy dokumentů, tj. Rozvojového plánu sociálních služeb České Budějovice, Průvodce sociální oblastí města České Budějovice a výročních zpráv poskytovatelů sociálních služeb v oblasti péče o lidi s duševní poruchou.

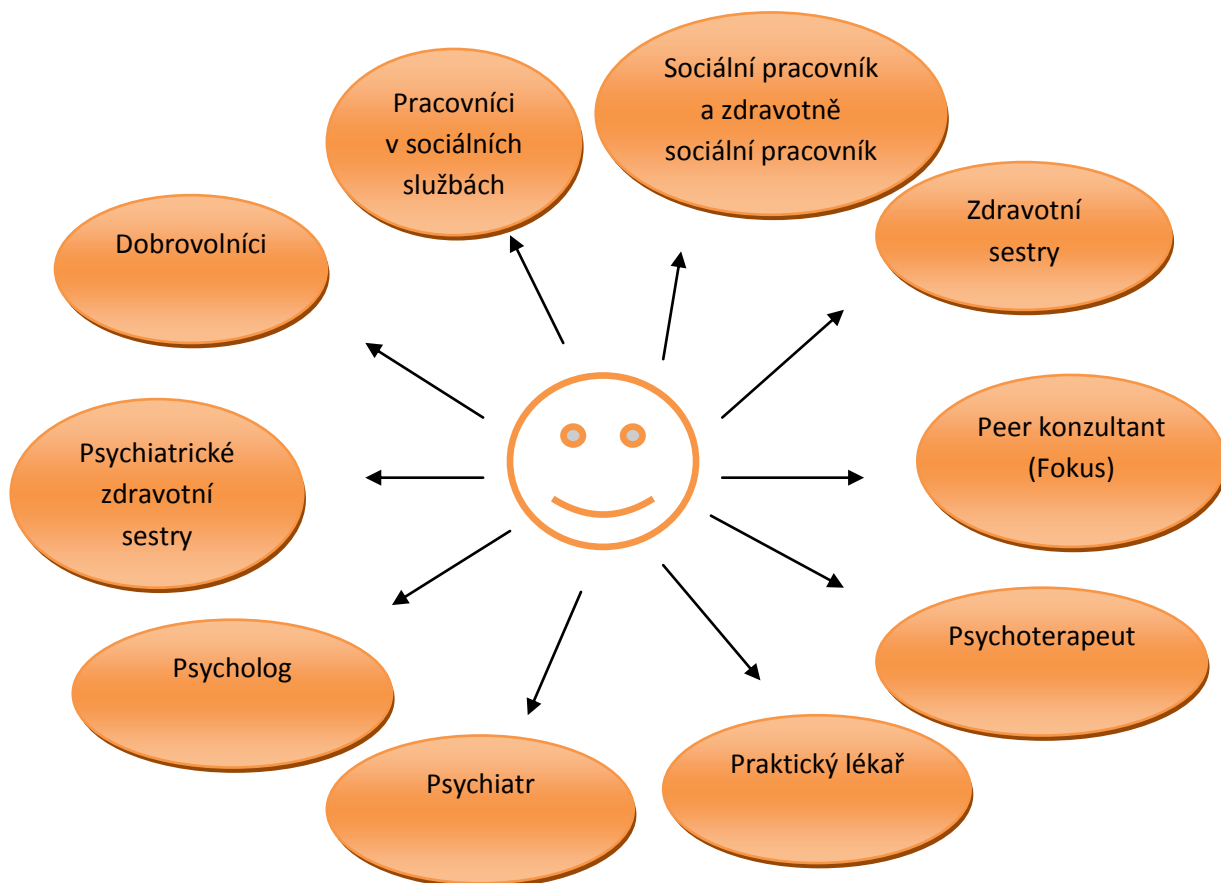
Diagram 1 Komunitní péče o lidi s duševní poruchou



Zdroj: vlastní výzkum

Komunitní péče o lidi s duševní poruchou zahrnuje podporu rodiny, integrační záchranný systém, bydlení, svépomoc a vzájemnou podporu, dále se skládá jak ze zdravotních, tak sociálních služeb (Diagram 1). Složení komunitního týmu je zobrazeno v Diagramu 2. Zdravotní služby v okrese České Budějovice zachycuje Diagram 3 a Diagram 4 se týká Sociálních služeb pro lidi s duševní poruchou v okrese České Budějovice.

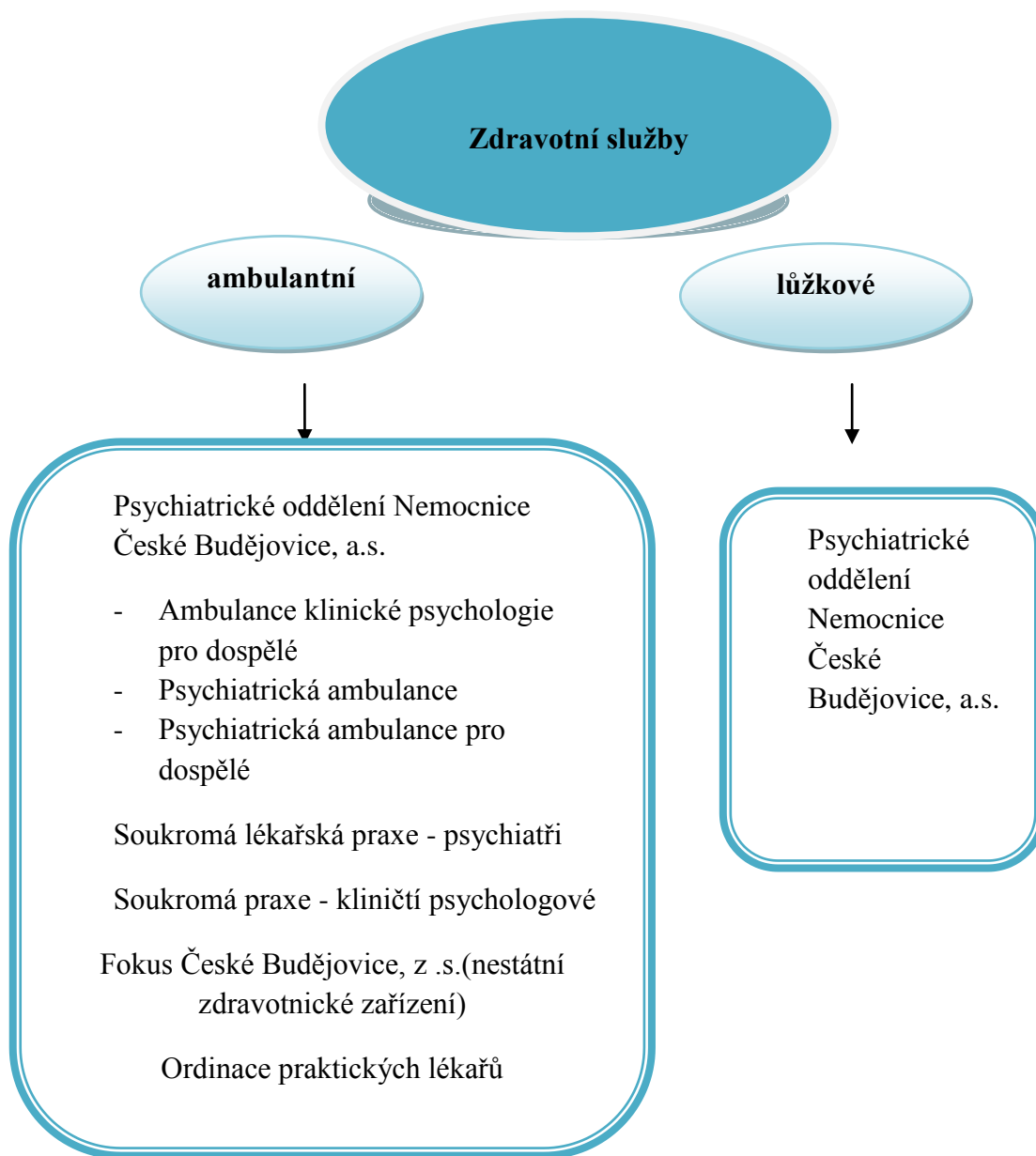
Diagram 2 Komunitní tým



Zdroj: pzd.cz, online, 2010, vlastní výzkum

Složení komunitního týmu je multidisciplinární (Diagram 2) a skládá se z řady odborníků, kteří vzájemně spolupracují s cílem poskytnout lidem s duševní poruchou komplexní zdravotní a sociální péči.

Diagram 3 Zdravotní služby o lide s duševní poruchou 18+ v okrese České Budějovice



Zdroj: vlastní výzkum

Z diagramu 3 vyplývá, že v okrese České Budějovice se nachází 1 Psychiatrické oddělení v Nemocnici České Budějovice, a.s. a poté soukromé ordinace lékařů - psychiatrů, kteří mimo jiné spolupracují také jako externisté s poskytovateli sociálních služeb (např. Domov Libnič a centrum sociálních služeb Empatie).

Psychiatrické oddělení nemocnice České Budějovice

Poskytuje se zde vysoce kvalifikovaná a specializovaná akutní péče pro psychicky nemocné osoby z celého jihočeského kraje. Poskytuje komplexní péči celého spektra duševních poruch - tj. organicky podmíněných stavů, psychotických poruch včetně schizofrenie, úzkostné a další neurotické poruchy i poruchy nálady. V současné době je zde 42 lůžek a pro potřeby oddělení zde funguje denní stacionář (nemcb.cz, online, 2013).

Již během hospitalizace spolupracují s vybranými pacienty pracovníci Fokusu České Budějovice, a tím jim pomáhají v začlenění se zpět do běžné společnosti podle principů moderní komunitní psychiatrické péče (nemcb.cz, online, 2013).

Hospitalizace zde je spíše krátkodobá, pokud je potřeba tak nemocnice spolupracuje s psychiatrickými léčebnami mimo jihočeský kraj (nemcb.cz, online, 2013).

Kontaktní informace:

Email – psychiatrie@nemcb.cz

Tel.: 387 878 701, Pavilon C

Ordinační hodiny:

Psychiatrická ambulance – Po-Ne – 6:30 – 15:00 hodin

Ambulance klinické psychologie pro dospělé – Po-Pá – 7:30 – 16:00

Psychiatrická ambulance pro dospělé – Po-Pá – 7:30 – 16:00 (nemcb.cz, online, 2013).

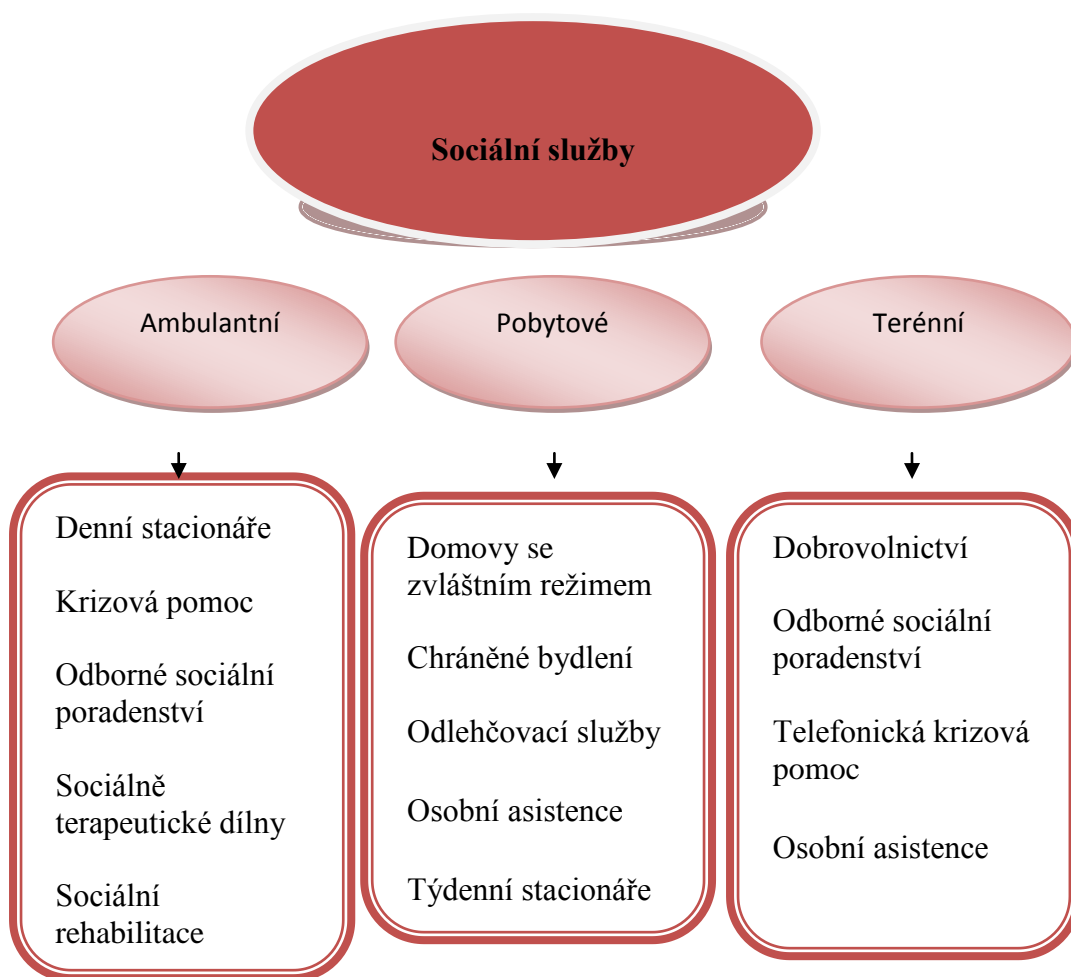
Soukromé praxe (psychiatrická, psychologická)

Psychiatrických ordinací pro lidi s duševní poruchou nad 18 let je v okrese České Budějovice 17 (Příloha 2) a psychologických ordinací pro osoby starších 18 let je zde pět (Příloha 3). Nejvíce těchto psychiatrických ordinací nalezneme na Poliklinice Jih - Matice školské 1786/17, České Budějovice 7, 370 07 České Budějovice. A také v Metropol, spol. s.r.o. - Senovážné nám. 248/2, 370 01 České Budějovice (metropol.cz,online, 2015, euclinika.cz, online, 2016). Adresy ostatních ordinací psychiatrů a psychologů jsou uvedeny v Příloze 2 a 3.

Fokus České Budějovice, o. s.

Poskytuje nestátní zdravotní služby pro své klienty přímo v organizaci. Bezdrevská 1, 370 11 České Budějovice (fokus-cb.cz, online, 2016).

Diagram 4 Sociální služby o lidech s duševní poruchou 18+ v okrese České Budějovice



Zdroj: RPSS České Budějovice, vlastní výzkum

Z Diagramu 4 je zřejmé, že v okrese České Budějovice jsou pro osoby s duševní poruchou 18+ zastoupeny jak ambulantní, tak pobytové a terénní sociální služby. Jedná se o celé spektrum služeb, které jsou specifikovány v Tabulce 7-9.

Tabulka 7: Ambulantní sociální služby pro osoby s duševní poruchou 18+ v okrese České Budějovice

Název organizace	Denní stacionář	Krizová pomoc	Odborné sociální poradenství	Sociálně terapeutické dílny	Sociální rehabilitace
Arpida, centrum pro rehabilitaci osob se zdravotním postižením, z.ú.	X		X	X	X
Centrum Bazalka o. p.s	X				
MCHČB DOMINO České Budějovice			X	X	
Domov Libnič a centrum sociálních služeb Empatie	X		X	X	X
Fokus České Budějovice, z.s				X	X
Koníček, o.p. s.					X
Magistrát města České Budějovice, odbor sociálních věcí		X	X		
Nemocnice České Budějovice, a.s.	X				

Zdroj: Průvodce sociální oblastí ČB, vlastní výzkum

Tabulka 8: Pobytové sociální služby pro osoby s duševní poruchou 18+ v okrese České Budějovice

Název organizace	Domovy se zvláštním režimem	Chráněné bydlení	Odlehčovací služby	Osobní asistence	Týdenní stacionář
Arpida, centrum pro rehabilitaci osob se zdravotním postižením, z.ú.				X	
Centrum Bazalka o. p. s					X
Domov důchodců Dobrá Voda	X				
Domov Libnič a centrum sociálních služeb Empatie	X	X			X
Domov pro seniory Hvízdal	X		X		
Fokus České Budějovice, z.s.		X			
Městská charita České Budějovice				X	

Zdroj: Průvodce sociální oblastí ČB, vlastní výzkum

Tabulka 9: Terénní sociální služby pro osoby s duševní poruchou 18+ v okrese České Budějovice

Název organizace	Dobrovolnictví	Odborné sociální poradenství	Telefonická krizová pomoc
ADRA, o. p. s.	X		
Městská charita České Budějovice		X	X
Fokus České Budějovice, z. s.		X	X

Zdroj: Průvodce sociální oblastí ČB, vlastní výzkum

Tabulky 7 - 9 ukazují, jaké organizace v okrese České Budějovice poskytují komunitní péči lidem s duševní poruchou. V okrese České Budějovice jsou velmi rozšířené ambulantní a pobytové služby, avšak terénních sociálních služeb je zde méně.

Vedoucí organizací sjednávají různá setkání, kde projednávají různá východiska a další možnosti spolupráce. Dále docházejí do pracovních skupin RPSS na Magistrát města České Budějovice, kde se spolupodílejí na zkvalitnění a dosažitelnosti služeb.

Rozvojový plán sociálních služeb České Budějovice

Zastupitelstvo Statutárního města České Budějovice na svém zasedání dne 14. března 2013 projednalo Rozvojový plán sociálních služeb České Budějovice na období 2013-2018. Tento plán byl před předložením zastupitelstvu města projednán i v jiných orgánech – sociální komisy rady města, radě města a řídicí skupině RPSS (rpss.c-budejovice.cz, online, 2016).

Statutární město České Budějovice plánuje sociální služby metodou komunitního plánování dlouhodobě. První Rozvojový plán sociálních služeb vznikl už v letech 2003 až 2004 a byl zpracován přímo odborem sociálních věcí za velké podpory místních poskytovatelů sociálních služeb.

Udrzet tento proces živý je možné zejména díky aktivnímu zapojení všech zúčastněných stran - zadavatelů (tedy obcí), poskytovatelů a uživatelů sociálních služeb, včetně zapojování široké veřejnosti. Proces plánování je také opakovaně podporován z Evropského sociálního fondu (rpss.c-budejovice.cz, online, 2016).

Dotazovaní sociální pracovníci mi sdělili, že každý vedoucí a i ředitelé docházejí na magistrát města České Budějovice, aby se mohli spolupodílet na RPSS České Budějovice. SP 5 mi k tomu dodala: *Ano docházíme do pracovních skupin na magistrát města, ale myslím si, že větší propracování tohoto plánu by ničemu neuškodilo. Hlavně pokud se klienti nebo jejich rodiny chtějí na RPSS podívat, tak se v něm vůbec nevyznají. Sic je vytvořen hlavně pro ně.*

SP 4 mi sdělila, *ano docházíme na RPSS skupiny docházíme, pokud jsme včas informováni. Občas se stane, že nás město opomene pozvat a pak se nám vše uvede jako hotová věc.*

3.3.1 *Shrnutí výsledků*

V této podkapitole jsou shrnuty výsledky s ohledem na stanovený hlavní a dílčí cíl práce.

Hlavním cílem práce bylo zmapovat sociální a zdravotní služby pro osoby s duševní poruchou včetně jejich návaznosti v okrese České Budějovice.

Výzkum ukázal, že v okrese České Budějovice jsou v současné době lidem s duševní poruchou 18+ poskytovány tři formy sociálních služeb - ambulantní, pobytová a terénní péče (Diagram 4) a ve zdravotnické péči dvě formy – ambulantní a lůžková péče (Diagram 3).

V okrese České Budějovice se nachází 12 organizací poskytujících sociální služby pro lidi s duševní poruchou. Zdravotní služby v okrese České Budějovice zajišťuje Psychiatrické oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. a poté soukromé ordinace lékařů - psychiatrů, kteří mimo jiné spolupracují také jako externisté s poskytovateli sociálních služeb (např. Domov Libníč a centrum sociálních služeb Empatie). Nemocnice České Budějovice, a.s také úzce spolupracuje s Fokusem České Budějovice z.s.

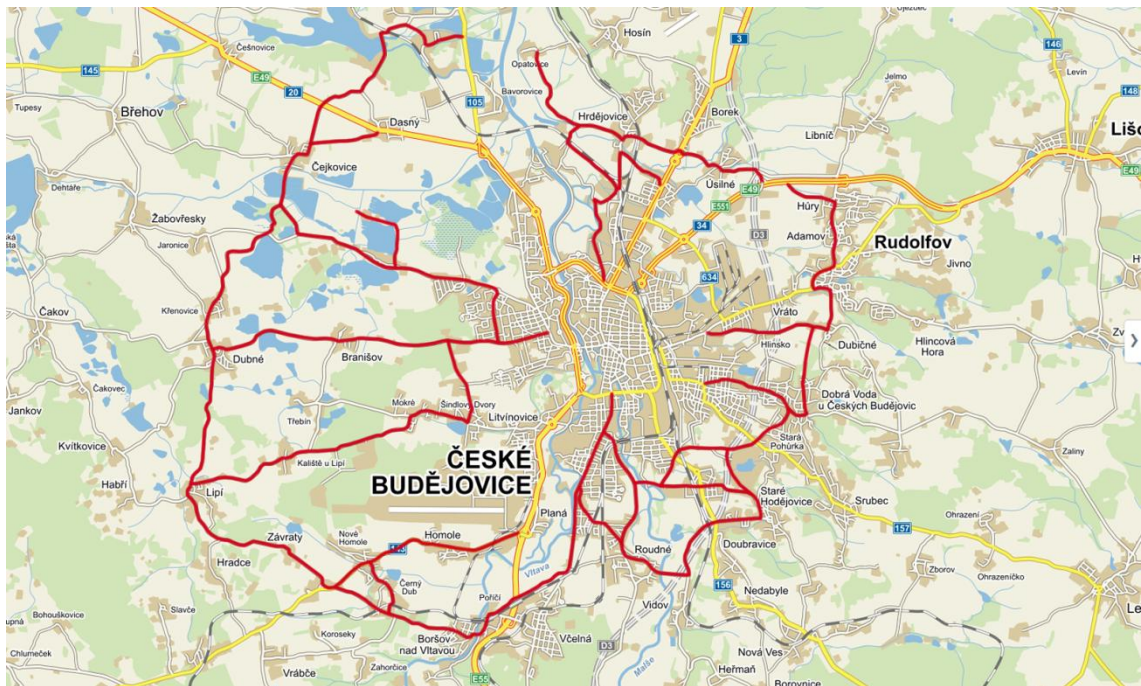
Podle získaných dat jsem zjistila, že organizace mezi sebou spolupracují na dobré úrovni, například Fokus České Budějovice poskytuje terénní sociální služby pro klienty z Domu Libníč a CSS Empatie. Avšak Domino České Budějovice a Fokus České Budějovice spolupráci zatím nenavázaly, ale informanti z Fokusu České Budějovice mě ujistili, že snaha o spolupráci je již v jednání. Nejčastěji zmiňovanými organizacemi, co se týče spolupráce s Fokusem České Budějovice, Domino České Budějovice a Domovem Libníč a CSS Empatie byly, Arpida, centrum pro rehabilitaci osob se zdravotním postižením, z.ú., Nemocnice České Budějovice, a.s., Ledax, o.p.s., Mezi proudy, o.p.s. a Prevent 99, z.ú.

Myslím si, že zdravotní a sociální služby spolu velmi dobře spolupracují a vzájemně se doplňují. Organizace v okrese České Budějovice jsou dobře rozmístěné a tak má potencionální klient možnost vybrat si organizaci a službu, kterou potřebuje i v blízkosti svého domova. Sociální pracovníci těchto organizací mezi sebou dobře komunikují, a když si klient neví rady s výběrem služby, pomohou mu najít vhodnou službu, kterou potřebuje.

Dílčím cílem práce bylo navrhnout koncepci komunitní péče o lidi s duševní poruchou ve věku 18+ v okrese České Budějovice v návaznosti na rozvojový plán sociálních služeb.

Jak sdělili sociální pracovníci, v populaci přibývá počet osob s duševní poruchou. Je tedy nutné vytvořit koncepci Komunitní péče o lidi s duševní poruchou ve věku 18 + v okrese České Budějovice.

Obrázek 5 : Mapa okresu České Budějovice



Zdroj: budejcaci.cz, online, 2016

Východiska

Koncepce by měla vycházet z národních listů a podkladů z Rozvojového plánu sociálních služeb České Budějovice a pracovních skupin Magistrátu města České Budějovice. Dále bych pro tento návrh doporučila využít Reformu psychiatrie pro Jihočeský kraj, zápisy z pracovních skupin týkající se osob s duševní poruchou a výsledky SWOT analýzy mého výzkumu.

Složení pracovní skupiny

Navrhuji pro složení pracovních skupin o lidech s duševní poruchou nad 18 let věku v okrese České Budějovice:

- a) Magistrát města České Budějovice
- b) Sociální pracovníci
- c) zdravotně sociální pracovníci
- d) Primář psychiatrického oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s
- e) Psychiatrické zdravotní sestry
- f) Psycholog, psychiatr
- g) Peer konzultant
- h) Praktický lékař

Aktuální situace – zdravotní služby pro lidi s duševní poruchou 18 + v okrese České Budějovice

Zdravotní služby pro lidi s duševní poruchou jsou rozděleny na ambulantní a lůžkové. Ambulantní i lůžkové služby zajišťuje Nemocnice České Budějovice, a.s. na Psychiatrickém oddělení dolního areálu nemocnice. Další ambulantní služby poskytují odborníci z řad – psychiatrů (Tabulka 10), klinických psychologů (Tabulka 11), praktických lékařů. Ale ambulantní zdravotní služby poskytuje i Fokus České Budějovice, který má nově ve svém působišti nestátní zdravotnické služby.

Zdravotní péče je dle mého názoru dokonale zabezpečena díky Nemocnici České Budějovice, a.s. V okrese České Budějovice chybí terénní zdravotní služby, což je velkou nevýhodou pro osoby, které by tuto službu využili. Tyto osoby se nemohou sami dopravit k odborníkovi, kterého potřebují (např.: psychiatři). Absence těchto služeb stěžuje přístupnost péče pro lidi s duševní poruchou.

Aktuální situace – sociální služby pro lidi s duševní poruchou 18 + v okrese České Budějovice

Sociální služby pro lidi s duševní poruchou v okrese České Budějovice jsou rozděleny na ambulantní, pobytové a terénní sociální služby. Tyto služby jsem znázornila v Diagramu 4. Pro přesná data jsem využila Rozvojový plán města České Budějovice a Průvodce sociální oblastí města České Budějovice.

Na základě získaných informací jsem vytvořila Tabulky 7 -9. Ty názorně zobrazují registrované služby, které organizace poskytují pro lidi s duševní poruchou v okrese České Budějovice starší 18 let.

Organizace sociální péče nejvíce zaštiťují ambulantní a pobytové služby. Dle mého názoru chybí v okrese České Budějovice vyšší počet poskytovatelů terénních sociálních služeb pro lidi s duševní poruchou nad 18 let (Tabulka 9). Lidé z přilehlých obcí musí dojíždět do Českých Budějovic. A také zde chybí svépomocné skupiny pro lidi s duševní poruchou. Podle plánu RPSS vytvořil Magistrát města České Budějovice v roce 2013 tři svépomocné skupiny, ale ani jedna se netýká čistě osob s duševní poruchou.

Navrhuji zříditi v okrese České Budějovice pro lidi s duševní poruchou:

- a) laické konzultanty
- b) peer konzultanty (přítomni jsou již ve Fokus České Budějovice, z.s.)
- c) Centrum duševního zdraví v krajském městě
- d) Destigmatizační kampaně (přednášky a semináře, osvěta a edukace laické i odborné veřejnosti)
- e) Terénní sociální služby
- f) Svépomocné skupiny
- g) Sociální bydlení

Co je potřeba zpracovat

Pro kvalitní návrh komunitní péče o lidi s duševní poruchou je potřeba zpracovat tyto data:

- a) Statistické údaje počtu obyvatel v okrese České Budějovice
- b) Statistické údaje počtu obyvatel s duševní poruchou v okrese České Budějovice
- c) Cílové skupiny a služby dle věku (18- 65 dospělí, 65+ senioři)
- d) Počet hospitalizovaných podle psychiatrických diagnóz v okrese České Budějovice a v Jihočeském kraji
- e) Analýza počtu osob s duševní poruchou v okrese České Budějovice
- f) Analýza potřebnosti komunitní péče pro okres České Budějovice a pro Jihočeský kraj

4 Diskuze

Tématem bakalářské práce je komunitní péče o lidi s duševní poruchou. Zaměřuje se na sociální pracovníky, kteří tuto péči poskytují v organizacích a osoby, které tyto služby využívají v okrese České Budějovice.

Pro bakalářskou práci byl zvolen kvalitativní výzkum, při kterém jsem použila metodu dotazování, techniku polostandardizovaného rozhovoru. Získaná data jsem zpracovala za pomoci metody vytváření trsů. Miovský (2006) uvádí, že při metodě vytváření trsů jsou výroky tříděny do skupin trsů, které vznikají na základě podobnosti mezi určitými jednotkami. Metoda umožňuje vznik obecnějších kategorií, (Miovský, 2006).

4.1 Diskuze k zmapování sociálních a zdravotních služeb pro osoby s duševní poruchou, včetně jejich návaznosti v okrese České Budějovice

Ve svém výzkumu jsem se zaměřila na organizace a instituce, které poskytují komunitní péči lidem s duševní poruchou v okrese České Budějovice. Gernot (2008) uvádí, že komunitní péče může být definována jako směs zdravotních a sociálních služeb poskytovaných jednotlivcům nebo rodinám doma nebo ve společenství za účelem podpory, zachování nebo obnovení zdraví, nebo zmírnění důsledků nemoci a zdravotního postižení, a tím dosažení maximální nezávislosti a kontroly nad svými vlastními životy. K zajištění tohoto, je široká škála služeb a ty mají zásadní význam, (Gernot,2008).

Rozhovory jsem vedla se sociálními pracovníky z Fokusu České Budějovice, MCHČB Domino České Budějovice, Domov Libnič a CSS Empatie. Tyto organizace jsem zvolila z důvodu, že jsou v okrese České Budějovice nejznámější a mají dlouholetou praxi v péči o lidi s duševní poruchou starších 18 let věku, a také projevíly zájem spolupodílet se na výzkumu. Sociální pracovníci těchto organizací mne požádali, zda bych jim mohla zaslat svou bakalářskou práci ve finální podobě.

Dalším informantem měla být zdravotně sociální pracovnice z Nemocnice České Budějovice, a.s. a to z Psychiatrického oddělení. Tato spolupráce nebyla schválena vedením Nemocnice České Budějovice a.s. proto jsem byla nucena místo osmi informantů vést rozhovor jen se sedmi.

Na základě polostandardizovaného rozhovoru jsem získávala data od informantů o jejich spolupráci s jinými organizacemi (institucemi). Dle Nového (2006), se polostandardizované rozhovory blíží podobou spíše dotazníku, tazatel do něj smí vkládat svůj osobní zájem či přesvědčení. Jeho postoj má být však nestranný a neutrální a výroky respondenta nesmí v žádném případě komentovat či hodnotit (Nový, 2006).

Vytvořila jsem záznamové archy, do kterých jsem vypracovala otázky skládající se ze tří okruhů a podotázek. Kociánová, (2010) popisuje, že tento druh rozhovoru je předem připravený s danými otázkami.

Zjistila jsem, že v okrese České Budějovice jsou četné sociální a zdravotní služby pro lidi s duševní poruchou. Každá organizace má své vlastní programy a projekty, které se řídí Rozvojovým plánem sociálních služeb České Budějovice. Na základě Rozvojového plánu je vytvořen Průvodce sociálními službami České Budějovice, který je přehledný pro potenciální klienty a jejich rodiny.

Na základě výzkumu si myslím, že zdravotní a sociální služby spolupracují pro lidi s duševní poruchou bez větších problémů. Nemocnice České Budějovice a.s. blíže spolupracuje s Fokusem České Budějovice, který má nově i své interní zdravotní služby. Domino České Budějovice spolupracuje s Nemocnicí České Budějovice a.s. pouze na základě péče o své klienty, ale bližší spolupráce není. Domov Libnič a CSS Empatie využívá služeb externích lékařů, jako je psychiatr a praktický lékař. Fokus České Budějovice úzce spolupracuje s Domov Libnič a CSS Empatie. Je to hlavně kvůli tomu, že Domov Libnič a CSS Empatie neposkytují terénní sociální služby a Fokus České Budějovice ano.

Dílčím cílem mé práce je navrhnout koncepci komunitní péče o lidi s duševní poruchou nad 18 let věku v okrese České Budějovice. Ke zpracování jsem použila poznatky z výzkumu od informantů, Rozvojového plánu sociálních služeb České Budějovice (dále jen RPSS) a Průvodce sociálními službami České Budějovice.

Návrh koncepce jsem rozdělila na Zdravotní a Sociální služby pro lidi s duševní poruchou v okrese České Budějovice. Zdravotní služby pro lidi s duševní poruchou jsou rozděleny na ambulantní a lůžkové. Ambulantní i lůžkové služby zajišťuje Nemocnice České Budějovice, a.s. na Psychiatrickém oddělení dolního areálu nemocnice. Další ambulantní služby poskytují odborníci z řad – psychiatrů (Tabulka 10), klinických

psychologů (Tabulka 11), praktických lékařů. Ale ambulantní zdravotní služby poskytuje i Fokus České Budějovice, který má nově ve svém působišti nestátní zdravotnické služby.

Sociální služby pro lidi s duševní poruchou v okrese České Budějovice jsou rozděleny na ambulantní, pobytové a terénní sociální služby. Tyto služby jsem znázornila v Diagramu 4. Molek (2009) označuje služby jako *nehmotné produkty směňované přímo mezi poskytovateli a zákazníkem bez uplatnění autorských práv. Obecně lze o službách hovořit jako o aktivitě, která naplňuje určitý cíl a může být orientována buď na člověka (zdraví a sociální služby) nebo na předmět*, (Molek, 2009, str. 8).

Pro přesná data jsem využila Rozvojový plán města České Budějovice a Průvodce sociální oblastí města České Budějovice. Dále na základě získaných dat jsem vytvořila Tabulky 7 -9. Ty názorně zobrazují registrované služby, které organizace poskytují pro lidi s duševní poruchou v okrese České Budějovice starší 18 let.

Informanti mi sdělili, že vedoucí pracovníci (někdy i ředitelé organizací) docházejí do tzv. pracovních skupin na Magistrát města České Budějovice. Zde se spolupodílejí na tvorbě RPSS. Přispívají svými vědomostmi a zkušenostmi pro plánované zkvalitnění služeb a vytvářejí priority pro sociální služby na další rok.

4.2 Diskuze k výzkumným otázkám

Výzkumné otázky jsou rozděleny na HVO 1 a HVO 2. HVO 1 se týká role sociálního pracovníka v komunitní péči o lidi s duševní poruchou a HVO 2 silných, slabých stránek, příležitostí a rizik komunitní péče o lidi s duševní poruchou.

U HVO 1 výzkum ukázal, že každý sociální pracovník plní několik rolí a nikdy není zaměřen čistě na jednu. Je to dáno individualitou klientů a jejich potřebami. Každý klient potřebuje jiný přístup a jinak směřovanou pomoc. Proto jsou sociální pracovníci velmi flexibilní a vžívají se do několika rolí. Have (2016) popsal, že sociální pracovníci řeší širokou škálu etických otázek, jako správné dodržování práv klientů, řízení důvěrných informací sdílené s klienty a rodinnými příslušníky a ostatními pracovníky, (Have, 2016).

K těmto rolím patří například role pečovatele, zprostředkovatele služeb, cvičitele, poradce, případového manažera. Sociální pracovník tedy vykonává svoji činnost v

rámci širokého oboru, škála jeho činností je velmi rozsáhlá. Sociální pracovníci by však neměli přejímat odpovědnost, která náleží klientovi. Mezi činnosti vykonávané sociálním pracovníkem spadá sociálně – správní činnost, sociálně – právní poradenství, sociální prevence a ochrana, management, výzkum v sociální práci, supervize, sociální práce s rodinou a spousta dalších činností, které vedou ke správnému chodu organizací a služeb, ale také ke spokojenosti klientů a jejich rodin.

Při rozhovorech jsem musela sociálním pracovníkům vysvětlit, jaké typy rolí mám na mysli a dále jim popsat, co má jaká role za úkol. Až poté mi sociální pracovníci odsouhlasili jaké role plní a jaké ne.

Podle SP3 *může být sociální pracovník i kamarádem pro klienta*, se kterým se bude radit, a společně budou budovat důvěru mezi sebou. Kopřiva (2006) považuje za kompetence hranici mezi tím, co je záležitostí sociálního pracovníka a co už je záležitostí čistě klienta. Čím bližší vztah, tím se hranice více nabourávají, (Kopřiva, 2006).

Myslím si, že je velmi důležité, aby sociální pracovník zvládal několik rolí najednou a neupřednostňoval jen jednu. Služby, které sociální pracovník poskytuje, jsou pro klienty přínosnější, což má dobrý vliv na klienta. Hlavně by sociální pracovník neměl klienta vnímat jen jako případ nebo diagnózu, ale měl by ho vidět jako člověka. Nemyslím, že je správné, aby sociální pracovníci brali klienty jako kamarády, protože to může způsobit závislost klienta na službě a organizaci.

U HVO 2 jsem zvolila SWOT analýzu a každého sociálního pracovníka jsem se ptala na jeho názor, jaké si myslí, že má komunitní péče v okrese České Budějovice silné a slabé stránky a jaké jsou její příležitosti a rizika.

Podle MPSV (2013) je SWOT analýza nástrojem, který nám může pomoci některé získávané poznatky shrnout a stručně zaznamenat. Je vhodná k získávání konsensu, umožňuje společně popsat určitou oblast tak, jak ji vidí a vnímají všichni účastníci, (MPSV, online, 2013).

SWOT analýza byla podle mne správně zvolenou metodou, protože je přehledná a funkční v tom smyslu, že každý pracovník přispěje svým názorem a dá se tento názor snadno zdokumentovat.

Sociální pracovníci se vesměs shodli, že silnými stránkami je upotřebitelnost této péče a že z důvodu nárůstu počtu osob s duševní poruchou je tato péče nepostradatelná. Dále poskytuje klientům možnost rozvinout se a není potřeba klienty vytrhávat z jejich přirozeného prostředí, ve kterém žijí.

Jako slabé stránky uvedli riziko snížení finanční podpory. Také uvádějí, že ještě nejsou dostatečně rozvinuté služby a komunitní péče ještě nemá jasně daná pravidla a hranice. Další slabou stránkou je, jak okolí vnímá lidi s duševní poruchou, je těžké najít zaměstnání pro tyto osoby, nebo vlastní byty. K čemuž se přidává i problém, jakým způsobem se okolí k lidem s duševní poruchou chová, stigmatizuje je anebo se o tomto druhu onemocnění nechtějí ani bavit. Dále špatný pohled ze strany médií, kdy média upozorňují na možnou agresi u těchto osob.

Jako příležitosti uvedli sociální pracovníci: rozvoj organizací, které poskytují tuto péči a rušení léčeben. Další příležitostí je dostupnost, zrovna v okrese České Budějovice, kvůli dobré dopravě a dosažitelnost služeb. Jako další příležitost této péče je rozvoj sebepéče klientů a následné začlenění do socio-kulturního prostředí. Česká psychiatrie (2016u uvádí, že *komunitní péče je od poloviny 20. století dominantním trendem v řadě vyspělých zemí a je spojena s tzv. deinstitucionalizací, sledující redukcí velkých psychiatrických léčeben a jejich alespoň částečnou přeměnou ve služby komunitní. Prostředkem těchto změn je vytváření komunitních týmů duševního zdraví s určenou geografickou oblastí, ve které působí* (ceskapsychiatrie.cz, online, 2016).

Jako největší rizika sociální pracovníci shodně uvedli opotřebitelnost pracovníků, právě kvůli nárůstu klientů, protože není dostatek pracovníků, kteří by tuto práci zvládli anebo chtěli vykonávat. Dalším rizikem je obava ze ztráty dotací a nízkého financování služeb ze strany města a komunitní péče jako takové, anebo možnost, že kvůli snížení těchto dotací se budou muset zrušit některé organizace.

Se sociálními pracovníky naprosto souhlasím. Rozvíjet komunitní péči má smysl, je to druh péče, který klientovi umožňuje být ve svém prostředí a napomáhá mu, aby se vyrovnal se strastmi a nástrahami života a zdokonalil v denních činnostech, naučil se dennímu režimu a našel si tak zaměstnání a vlastní bydlení. Bohužel, není komunitní péče v České republice ještě zcela rozvinuta.

Jak pracovníci uvedli, je málo zájemců o práci v sociálním prostředí a organizacích, které se o lidi s duševní poruchou starají, což je velký problém. Sociální pracovníci, kteří pracují dlouhodobě s klienty, mají problémy s hrozícím vyhořením. Proto už nemají schopnosti vymýšlet nové aktivizační plány a plně rozvíjet jak své, tak klientovi dovednosti. Naštěstí v organizacích fungují supervize, kde se sociální pracovníci můžou podělit o své problémy a snad si tím i „nalít“ novou krev do žil.

5 Závěr

Cílem mé bakalářské práce bylo zmapovat sociální a zdravotní služby pro lidi s duševní poruchou včetně jejich návaznosti v okrese České Budějovice a dále navrhnout koncepci komunitní péče o lidi s duševní poruchou ve věku 18 + v okrese České Budějovice v návaznosti na rozvojový plán sociálních služeb.

V teoretické části jsem se zabývala na základě odborné literatury komunitní péčí a komunitní prací, jejím vývojem a uplatněním, rolí sociálního pracovníka a druhy duševních poruch a následnou kvalitou života s nimi.

K naplnění svého cíle jsem použila polostandardizované rozhovory, které jsem prováděla se sociálními pracovníky organizací v okrese České Budějovice, kteří byli vybráni účelovým kvótním výběrem. Těmito organizacemi byly – Fokus České Budějovice, DOMINO České Budějovice a Domov Libnič a CSS Empatie.

Práci jsem vypracovala na základě kvalitativního výzkumu, metodou dotazování za pomoci polostandardizovaných rozhovorů s informanty. Tyto rozhovory jsem vyhodnotila pomocí metody trsů. Získaná data jsem znázornila v grafech a tabulkách, které jsem následně popsala. V praktické části jsem rozeepsala i jednotlivé odpovědi informantů.

Vzhledem ke zpracování podrobných rozhovorů s informanty jednotlivých organizací jsem zjistila, jakým způsobem se provádí komunitní péče v každé z nich, jakou roli zde má sociální pracovník a jakým způsobem dotazované organizace spolupracují s jinými organizacemi v okrese České Budějovice.

Dále jsem vytvořila návrh koncepci zdravotních a sociálních služeb, které jsou v okrese České Budějovice poskytovány osobám s duševní poruchou 18+. Jak výzkum ukázal je v okrese České Budějovice málo organizací, které poskytují terénní sociální služby lidem, kteří žijí v okolí České Budějovice. Postrádám zde i svépomocné skupiny pro tyto klienty a možnost samostatného bydlení v sociálních bytech. Myslím si, že by se v okrese České Budějovice měli rozvinout i destigmatizační programy, které by umožnili veřejnosti nahlédnout do problematiky lidí s duševní poruchou a vedli tak k jejich pochopení.

Bakalářskou práci lze využít jako podklad k vytvoření metodiky komunitní péče pro lidi s duševní poruchou v okrese České Budějovice. Protože i když je zde komunitní péče po mnoho let, není ještě pevně uchycena v povědomí jak pracovníků v různých organizacích a institucích, ale neví o ní ani běžné prostředí.

6 Seznam použité literatury

1. BAUDIŠ, Pavel a Jan LIBIGER. *Psychiatrie a etika*. 1. vyd. Praha: Galén, c2002. ISBN 80-7262-104-1.
2. *Citáty slavných osobností: Publilius Syrus* [online]. 2016 [cit. 2016-07-28]. Dostupné z: <http://citaty.net/autori/publilius-syrus/?q=23343>
3. ČESKO. Trestní zákoník: 40/2009. In: *Sbírka zákonů*. 2009, ročník 2009, číslo 40.
4. *Deklaraci lidských práv a duševního zdraví: Práva duševně nemocných* [online]. 2000 [cit.2016-05-10]. Dostupné z: http://capzesprit.sweb.cz/prispevky/dokumenty/deklar_prava_dusev_nemoc.html
5. *Domov Libnič a Centrum sociálních služeb Empatie* [online]. 2016 [cit. 2016-07-27]. Dostupné z: <http://www.domovlibnic.cz/?Aktuality>
6. DOUBEK, Pavel, Irena ZRZAVECKÁ a Jiří RABOCH (eds.). *Psychiatrie v medicíně a medicína v psychiatrii: sborník přednášek a abstrakt IV. sjezdu České psychiatrické společnosti ČLS JEP, konaném ve Špindlerově Mlýně ve dnech 13.-16. června 2002*. 1. vyd. Praha: Galén, c2002. ISBN 80-7262-162-9.
7. DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1620-6.
8. E. ZACHAROVÁ, M. HERMANOVÁ, J. ŠRÁMKOVÁ, E. Zacharová, M. Hermanová, J. Šrámková. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. ISBN 802472068X.
9. *EUCLINIKA* [online]. 2016 [cit. 2016-07-26]. Dostupné z: <http://www.eucklinika.cz/ceskebudejovice/nase-oddeleni>
10. Fokus. *Fokus: České Budějovice* [online]. 2016 [cit. 2016-07-01]. Dostupné z: <http://www.fokus-cb.cz/>
11. GOJOVÁ, Alice. *Teorie a modely komunitní práce*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006, 115 s. ISBN 80-7368-154-4.

12. HARTL, Pavel. *Stručný psychologický slovník*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2004, 311 s. ISBN 80-7178-803-1.
13. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
14. Charita Česká republika: *DOMINO - Služba následné péče pro lidi s duševním onemocněním* [online]. 2016 [cit. 2016-07-01]. Dostupné z: <http://www.charita.cz/o-charite/adresar/?s=domino-sluzba-nasledne-pece-pro-lidi-s-dusevnim-onemocnenim#directory-detail>
15. CHEN, Katherine K. "Plan your Burn, Burn your Plan": How Decentralization, Storytelling, and Communication Can Support Participatory Practices. *The Sociological Quarterly* [online]. 2016, 57(1), 71-97 [cit. 2016-06-09]. DOI: 10.1111/tsq.12115. ISSN 00380253.
16. JURÍČKOVÁ, Lubica, Kateřina IVANOVÁ a Jaroslav FILKA. *Opatrovnictví osob s duševní poruchou*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4786-6.
17. KAMERMAN, Sheila B. a Shirley GATENIO-GABEL. Social Work and Child Well-Being. *Handbook of Child Well-Being* [online]. Dordrecht: Springer Netherlands, 2014, s. 403 [cit. 2016-07-29]. DOI: 10.1007/978-90-481-9063-8_22. ISBN 978-90-481-9062-1.
18. KOCIANOVÁ, Renata. *Personální činnosti a metody personální práce*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2497-3.
19. Komunitní péče: Priority. *Fokus Labe* [online]. 2013 [cit. 2016-05-10]. Dostupné z: <http://www.fokuslabe.cz/o-nas/komunitni-pece/>
20. KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese: [psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese]*. 5. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-181-6.
21. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetřovatelství*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.
22. KUZNÍKOVÁ, Iva. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3676-1.
23. LENZ, Gernot. Community Care. *Encyclopedia of Public Health* [online]. Dordrecht: Springer Netherlands, 2008, s. 139 [cit. 2016-07-29]. DOI: 10.1007/978-1-4020-5614-7_473. ISBN 978-1-4020-5613-0.

24. 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.
25. MARIE ŠAMÁNKOVÁ... [ET AL.]. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 8024732238.
26. MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1151-6.
27. MATOUŠEK, Oldřich, KŘIŠŤAN, Alois (ed.). *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.
28. MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0211-0.
29. MENTZOS, Stavros. *Přehled psychodynamiky: funkce psychických poruch*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012, 287 s. ISBN 978-80-262-0018-5.
30. *Metropol: Zdravotnická zařízení* [online]. 2015 [cit. 2016-07-26]. Dostupné z: <http://www.metropol-cb.cz/zdravotnicka-za%C5%99izeni/>
31. *Ministerstvo práce a sociálních věcí*. České Budějovice, 2013. Dostupné také z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/6483/Postup.pdf>
32. MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.
33. MOLEK, Jan. *Marketing sociálních služeb*. Praha: VÚPSV, 2009. ISBN 978-80-7416-026-4.
34. NAVRÁTIL, Pavel. *Teorie a metody sociální práce*. 1. knižní vyd. Brno: Marek Zeman, c2001, 168 s. ISBN 80-903070-0-0.
35. *Nemocnice České Budějovice, a.s.: Psychiatrické oddělení* [online]. 2013 [cit. 2016-07-26]. Dostupné z: <http://www.nemcb.cz/psychiatricke-oddeleni/>
36. NOVAK, Daniel, Bengisu TULU a Havar BRENDRYEN. *Handbook of research on holistic perspectives in gamification for clinical practice*. Hershey, PA: Medical Information Science Reference, 2016. ISBN 9781466695221. DOI: 10.4018/978-1-4666-9522-1.ch017
37. NOVÝ, Ivan a Alois SURYNEK. *Sociologie pro ekonomy a manažery*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2006. Manažer. ISBN 80-247-1705-0.

38. PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. 1. vyd. V Praze: Triton, 2009, 256 s. ISBN 978-80-7387-253-3.
39. PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4236-6.
40. PRAŠKO, Ján. *Poruchy osobnosti*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, 359 s. ISBN 80-7178-737- x.
41. PRAŠKO, Ján. *Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-997-6.
42. *Průvodce sociální oblastí: města České Budějovice*. České Budějovice, 2015.
43. *PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST ČLS JEP: ČESKÁ PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST z.s.* [online]. 2016 [cit. 2016-07-28]. Dostupné z: <http://ceskapsychiatrie.cz/index.php/archiv-reforma/200-komunitni-pee>
44. Psychiatrie: Komunitní přístup v péči o dlouhodobě nemocné. *Psychiatrie* [online]. 2010, **14**(3), 146-151 [cit. 2016-08-08]. Dostupné z: <http://www.pdz.cz/uploaded/hejzlar.pdf>
45. Psychiatrie: Stres. *Lékařské listy: Příloha lékařských novin*. 2011, **2011**(9), str. 22.
46. Psycholog Praha: Psychoterapeutické centrum Řípská.: *klasifikace duševních poruch* [online]. 2015 [cit. 2016-07-26]. Dostupné z: <http://www.psycholog-praha.cz/klasifikace-dusevnych-poruch>
47. REAMER, Frederic G. SocialWork. *EncyclopediaofGlobalBioethics*[online]. Cham: Springer International Publishing, 2016, s. 2642 [cit. 2016-07-29]. DOI: 10.1007/978-3-319-09483-0_396. ISBN 978-3-319-09482-3
48. *Rehabilitace.info: Magazín o zdraví* [online]. 2013 [cit. 2016-07-26]. Dostupné z: [www.rehabilitace.info>zdravotni>psych](http://www.rehabilitace.info/zdravotni/psych).
49. *Rozvojový plán sociálních služeb České Budějovice*. 2013. Dostupné také z: <http://rpss.c-budejovice.cz/cz/dokumenty/stranky/rozvojovy-plan-socialnich-sluzeb-ceske-budejovice.aspx>
50. ŘEZNÍČEK, Ivo. *Metody sociální práce: podklady ke stážím studentů a ke kazuistickýmseminářům*. Praha: Sociologické nakl., 1994. Studijní texty (Sociologické nakladatelství), sv. 5. ISBN 8085850001.

51. ŠLAISOVÁ, Ivana, Ladislav HOSÁK a Věra MICHÁLKOVÁ. *Ošetrovatelství v psychiatrii: pro bakalářské studium*. 1. vyd. Hradec Králové: NUCLEUS, 2004. ISBN 80-86225-51-8.
52. *Toryové: Desatero pro Budějovice* [online]. 2016 [cit. 2016-08-08]. Dostupné z: <http://www.budejci.cz/aktuality/jak-zlepsit-dopravu-ve-meste>
53. *U psychiatra: Duševní poruchy* [online]. 2014 [cit. 2016-07-26]. Dostupné z: [www.upsychiatra.cz>dusevni-poruchy](http://www.upsychiatra.cz/dusevni-poruchy)
54. Úzkostné stavy. *Úzkostné poruchy* [online]. [cit. 2016-03-02]. Dostupné z: http://www.uzkost.cz/uzk_stavy.htm
55. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese / Marie Vágnerová*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
56. Zákon č. 108/2006 Sb.: Zákon o sociálních službách. *Zákony pro lidi* [online]. 2010 [cit. 2016-08-01]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>
57. *Známý lékař: Psychiatr České Budějovice* [online]. 2016 [cit. 2016-08-06]. Dostupné z: <https://www.znamylekar.cz/psychiatr/ceske-budejovice>

Seznam tabulek

Tabulka 1: Identifikační údaje sociálních pracovníků ve Fokus

Tabulka 2: Role sociálního pracovníka ve Fokus

Tabulka 3: Identifikační údaje sociálních pracovníků v Domino

Tabulka 4: Role sociálního pracovníka v Domino

**Tabulka 5: Identifikační údaje sociálních pracovníků v Domov Libnič a CSS
Empatie**

Tabulka 6: Role sociálního pracovníka v Domov Libnič a CSS Empatie

Tabulka 7: Ambulantní sociální služby

Tabulka 8: Pobytové sociální služby

Tabulka 9: Terénní sociální služby

Tabulka 10: Soukromá lékařská praxe - psychiatři

Tabulka 11: Soukromá praxe – kliničtí psychologové

Seznam obrázků

Obrázek 1: SWOT analýza komunitní péče dle pracovníků z Fokus

Obrázek 2: SWOT analýza komunitní péče dle pracovníků z DOMINO

Obrázek 3: SWOT analýza komunitní péče dle pracovníků z Domova Libníč a CSS Empatie

Obrázek 4: SWOT analýza shrnutí

Obrázek 5 : Mapa okresu České Budějovice

Seznam diagramů

Diagram 1 Komunitní péče o lidi s duševní poruchou

Diagram 2 Komunitní tým

Diagram 3 Zdravotní služby o lidi s duševní poruchou 18+ v okrese České Budějovice

Diagram 4 Sociální služby o lidi s duševní poruchou 18+ v okrese České Budějovice

7 Přílohy

Příloha 1

Záznamový arch pro polostandardizovaný rozhovor

Identifikační údaje/sociodemografické údaje:

Věk

Pohlaví

Vzdělání

Pracovní pozice

Délka praxe v pomáhající profesi

Délka praxe v péči o lidi s duševní poruchou

1. Fokus České Budějovice /DOMINO České Budějovice /Domov Libnič a CSS

Empatie – služby

- a) Služby a aktivity
- b) Uživatelé
- c) Kolik klientů zde máte?
- d) S jakým druhem duševního onemocnění zde máte klienty?
- e) Tým
- f) Kdo tvoří tým, a kolik je zde pracovníků?
- g) Jaké využíváte metody a techniky?
- h) Jaké projekty, novinky, plány do budoucna jsou v ?

2. Komunitní péče

- a) Co si představujete pod pojmem komunitní péče?
- b) Kdo vede komunitní péči v zařízení. Pokud jej nevede soc. pracovník – tak jak se sociální pracovník účastní na komunitní péče?
- c) Kdo tvoří komunitní tým – a jací ostatní pracovníci se mu mohou u vás věnovat?

- d) Jakým způsobem a jak dlouho je zde vedena komunitní péče?
 - i. Víte, kdy byla komunitní péče poprvé provedena v ČR?
- e) Spolupracujete ještě s jinými organizacemi/odborníky?
 - i. S jakými, proč a jakým způsobem?
 - ii. Řídíte se plánem RPSS (rozvojový plán sociálních služeb) a dochází někdo z pracovníků do pracovní skupiny RPSS na magistrát města?
- f) Co u vás funguje v rámci komunitní péče za služby?
- g) Jaké jsou principy komunitní péče u vás?

3. Role sociálního pracovníka v komunitní péči

- a) Jaká je Vaše pracovní náplň?
- b) V čem spočívá role sociálního pracovníka u vás?

SWOT analýza komunitní péče v okrese České Budějovice.

1. V čem má silné stránky
2. V čem má slabé stránky
3. Jaké jsou příležitosti
4. A jaká jsou rizika

Silné stránky	Slabé stránky
Příležitosti	Rizika

Příloha 2

Tabulka 10: Soukromá lékařská praxe - psychiatři

Jméno a příjmení	Odbornost	Ulice	Okres
Marcela Kalná	psychiatr	Senovážné nám. 248/2	České Budějovice
Lukáš Krejčů	psychiatr	Široká 436/17	České Budějovice
Miroslav Norek	psychiatr	Senovážné nám. 2	České Budějovice
Marie Procházková	psychiatr	Matice školské 1786/17	České Budějovice
Markéta Roušalová	psychiatr	Žižkova tř. 1321/1	České Budějovice
Pavel Churan	psychiatr	U Tří lvů 4	České Budějovice
Petr Bauer	psychiatr	Senovážné nám. 2	České Budějovice
Milan Přenosil	psychiatr	Senovážné nám. 2	České Budějovice
Jaroslav Polák	psychiatr	Klavíková 1573/13	České Budějovice
Katarína Baranovičová	psychiatr	Boženy Němcové 54/585	České Budějovice
Naděžda Kramářová	psychiatr	Matice školské 1786/17	České Budějovice
Helena Kubínová	psychiatr	U Tří lvů 4	České Budějovice
Jan Tuček	psychiatr	B. Němcové 585/54	České Budějovice
Petr Lázníčka	psychiatr	U Tří lvů 294/4	České Budějovice

Lenka Fiedlerová	psychiatr	Boženy Němcové 54	České Budějovice
Monika Gärtnerová	psychiatr	B. Němcové 585/54	České Budějovice
Michal Prokeš	psychiatr	Široká	České Budějovice

Zdroj: znamylekar.cz, online, 2016

Příloha 3

Tabulka 11: Soukromá praxe – kliničtí psychologové

Jméno a příjmení	Odbornost	Ulice	Okres
Lucie Doležalová	psycholog	Kanovnická 11	České Budějovice
Filip Abramčuk	psycholog	Žižkova tř. 1321/1	České Budějovice
Eva Šonková	psycholog	Náměstí Přemysla Otakara II. 8/5	České Budějovice
Miluše Pixová	psycholog	Jírovcova 1624/13	České Budějovice
Pavel Bláha	soukromá psychologická praxe	Biskupská 129/1	České Budějovice

Zdroj: znamylekar.cz, online, 2016

8 Seznam zkratek

CSS Empatie - Centrum sociálních služeb Empatie

MCHCB - Městská charita České Budějovice

RPSS - Rozvojový plán sociálních služeb