

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

Bakalářská práce

2024

Tereza Bělehrádková DiS.

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

Ústav sociální práce

**Centra duševního zdraví a sociální rehabilitace u osob
s duševním onemocněním**

Bakalářská práce

Autor: Tereza Bělehrádková DiS.

Studijní program: : B0923P240001 Sociální práce

Studijní obor: Sociální práce v preventivních službách

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Neubauerová, PhD.

Hradec Králové

2024



Zadání bakalářské práce

Autor:	Tereza Bělehrádková, DiS.
Studium:	F21BK0092
Studijní program:	B0923P240001 Sociální práce
Studijní obor:	Sociální práce v preventivních službách
Název bakalářské práce:	Centra duševního zdraví -sociální rehabilitace osob s duševním onemocněním
Název bakalářské práce AJ:	Centers for mental health-social rehabilitation of persons with mental illness

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Práce bude čtenáře seznamovat s charakteristikou center duševního zdraví a klasifikací duševních onemocnění. Bude nahlédnuto do historie vývoje psychiatrické péče v ČR, bude popsána reforma psychiatrické péče v ČR, vznik a historie CDZ. Předmětem bakalářské práce budou i kapitoly věnované case managementu a sociální rehabilitaci. Záměrem práce bude zjistit, jaká je role a funkce Center duševního zdraví a jejich multidisciplinárních týmů v systému péče o osoby s duševním onemocněním a jak tento nový prvek psychiatrické péče funguje v praxi. Bude se jednat o kvalitativní výzkum, metodou zpracování výzkumné části bakalářské práce budou polostrukturované rozhovory.

MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ. Psychiatrie: [učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese]. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-700-0. SCHEFFLER, Richard M. a Martin POTŮČEK. 2008. Mental health care reform in the Czech and Slovak Republics, 1989 to the present. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978- 802-4614-663. ŠEDIVEC, Vladislav. Přehled dějin psychiatrie: přehled názorů na duševní nemoci od nejstarších dob až po současnost. Praha: Psychiatrické centrum, 2008. ISBN 978-80-87142-00-4. WINKLER, Petr, Filip ŠPANIEL, Ladislav CSÉMY, Miroslava JANOUŠKOVÁ a Linda KREJNÍKOVÁ. Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2013. ISBN 978-80-87142-21-9.

Zadávací pracoviště:	Ústav sociální práce, Filozofická fakulta
Vedoucí práce:	PhDr. Lenka Neubauerová, PhD.
Oponent:	Mgr. Jan Hloušek, Ph.D.
Datum zadání závěrečné práce:	30.4.2023

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala pod vedením vedoucí bakalářské práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne

Tereza Bělehrádková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Lence Neubauerové, PhD. za veškeré cenné rady, pomoc a podporu, kterou mi během psaní bakalářské práce věnovala. Dále také děkuji celé své rodině, která mi byla při psaní této práce obrovskou oporou.

Anotace

BĚLEHRÁDKOVÁ, Tereza. Centra duševního zdraví a sociální rehabilitace u osob s duševním onemocněním. Hradec Králové, 2024, 100 stran, Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové, Filozofická fakulta, Ústav sociální práce. Vedoucí práce: PhDr. Lenka Neubauerová, PhD.

Bakalářská práce se zabývá tím, jaká je role a funkce Center duševního zdraví a jejich multidisciplinárních týmů v systému péče o osoby s duševním onemocněním a jak tento nový prvek psychiatrické péče funguje v praxi. V teoretické části se práce zaměřuje na lidi s duševním onemocněním, na vážná duševní onemocnění, na sociální práci s těmito lidmi, na reformu psychiatrické péče, na centra duševního zdraví a na sociální rehabilitaci.

Praktická část je realizována pomocí kvalitativního výzkumu, formou polostrukturovaných rozhovorů s pracovníky, kteří jsou součástí multidisciplinárního týmu Centra duševního zdraví.

Klíčová slova

Centra duševního zdraví, duševní onemocnění, sociální práce s lidmi s duševním onemocněním, sociální rehabilitace

Annotation

BĚLEHRÁDKOVÁ, Tereza. Centers for mental health and social rehabilitation for persons with mental illness. Hradec Králové, 2024, 100 pages, Bachelor thesis. University of Hradec Králové, Faculty of Arts, Institute of Social Work. Supervisor: PhDr. Lenka Neubauerová, PhD.

The bachelor's thesis deals with the role and function of mental health centers and their multidisciplinary teams in the care system for people with mental illness and how this new element of psychiatric care works in practice. In the theoretical part, the thesis focuses on people with mental illness, on serious mental illness, on social work with these people, on the reform of psychiatric care, on mental health centers and on social rehabilitation. The practical part is implemented using qualitative research, in the form of semi-structured interviews with workers who are part of the multidisciplinary team of the Center for Mental Health.

Keywords

Mental health centers, mental illness, social work with people with mental illness, social rehabilitation

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK A ČASTO POUŽITÝCH POJMŮ.....	10
ÚVOD.....	11
TEORETICKÁ ČÁST	13
1 Lidé s duševním onemocněním	13
1.1 Význam pojmů duševní zdraví a duševní nemoc	14
1.2 Klasifikace vážných duševních onemocnění	15
1.2.1 Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy.....	16
1.2.2 Afektivní poruchy	17
1.2.3 Poruchy osobnosti a chování u dospělých	19
1.2.4 Smíšená úzkostně depresivní porucha	20
2 Péče o duševně nemocné	22
2.1 Historie péče o duševně nemocné.....	22
2.2 Psychiatrická péče v České republice a její organizace.....	25
3 Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním.....	27
3.1 Potřeby duševně nemocných	28
3.2 Sociální služby pro lidi s duševním onemocněním	30
3.3 Základní přístupy a zásady jednání s klientem s duševním onemocněním	32
4 Reforma psychiatrické péče	34
4.1 Počátky vzniku reformy psychiatrické péče	36
5 Centra duševního zdraví.....	38
5.1 Cílová skupina CDZ	39
5.2 Služby poskytované v CDZ	40
5.3 Multidisciplinární tým CDZ	40
5.3.1 Sociální pracovník	41
5.3.2 Psycholog.....	41
5.3.3 Psychiatr.....	42
5.3.4 Psychiatrická sestra	42
5.3.5 Peer konzultant	42
5.4 Popis organizace, která je součástí výzkumu.....	43
6 Sociální rehabilitace	45

6.1	Komunitní přístup v péči	46
6.2	Case management	47
6.3	Filosofie poskytované péče - Recovery (Zotavení)	48
6.4	CARe	49
7	Shrnutí teoretické části	51
PRAKTICKÁ ČÁST		52
8	Metodologie výzkumu	52
8.1	Formulace výzkumných cílů	52
8.2	Transformace dílčích cílů do tazatelských otázek	53
8.3	Použitá výzkumná strategie a technika	58
8.4	Výzkumná lokalita a výzkumný vzorek	59
8.5	Cílová populace	60
8.6	Etika výzkumu	61
8.7	Způsob zpracování údajů	62
8.8	Reflexe etických rizik výzkumného šetření	64
9	Analýza a interpretace dosažených výsledků	65
ZÁVĚR		83
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY		85
SEZNAM TABULEK		90
PŘÍLOHA: PŘEPIS ROZHOVORU S INFORMANTEM Č. 7		1

SEZNAM ZKRATEK A ČASTO POUŽITÝCH POJMŮ

CAN – Camberwellské hodnocení potřeb (Camberwell Assessment of Need)

CDZ – Centrum duševního zdraví

ČR – Česká republika

EU – Evropská unie

GAF – Klinický nástroj pro celkové posouzení aktuální úrovně zneschopnění

KBT – Kognitivně behaviorální terapie

Metoda CARE – Comprehensive Approach to Rehabilitation – komplexní přístup k rehabilitaci

MKN-10 – Mezinárodní klasifikace nemocí

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

MZ – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

SAS – Sociálně aktivizační služby

SMI – Severe Mental Illness – vážné duševní onemocnění

ÚZIS ČR – Ústav zdravotnických informací České republiky

VZP – Všeobecná zdravotní pojišťovna

WHO – World Health Organization – Světová zdravotnická organizace

ZP – Zdravotní pojišťovna

ÚVOD

Bakalářská práce se věnuje tématu **Center duševního zdraví a sociální rehabilitaci u osob s duševním onemocněním.**

Duševnímu zdraví se nepřikládá zdaleka taková důležitost jako zdraví fyzickému a problémy související s duševním zdravím bývají často ignorovány. Duševní onemocnění není jako každé jiné onemocnění, protože zpravidla není „vidět“. Často dochází ke stigmatizaci duševně nemocných, kteří bývají svým okolím nepochopeni. Tito lidé se mnohdy potýkají nejen se zdravotními problémy, které plynou z jejich onemocnění, ale i se sociálními problémy, které bývají často spojené s bydlením, s financemi, či s problémy v rodinných a partnerských vztazích.

Toto téma bakalářské práce jsem si vybrala, protože jsem v minulosti pracovala v Oblastní charitě, a často jsem se s klienty s duševním onemocněním setkávala a tato cílová skupina je mi velmi blízká. Často jsem pozorovala, že duševní poruchy zasahují do všech oblastí životů našich klientů a že je mnoho sfér, se kterými potřebují tito lidé pomoci.

Bakalářská práce ve své **teoretické části** vysvětluje základní pojmy, jako je duševní zdraví a duševní nemoc, věnuje se klasifikaci vážných duševních onemocnění, včetně konkrétního popisu některých z nich. Pro lepší pochopení současnosti je krátce popsána péče o duševně nemocné v minulosti. Věnuji se také sociální práci s lidmi s duševním onemocněním, reformě psychiatrické péče, v rámci kterých CDZ vznikala i podrobnému popisu center duševního zdraví, včetně organizace, ve které probíhal můj výzkum. Teoretická část je ukončena kapitolou o sociální rehabilitaci.

Hlavním výzkumným cílem této práce je zjistit, **jaký je přínos Center duševního zdraví pro život lidí s duševním onemocněním pohledem pracovníků CDZ.** Tohoto cíle bude dosaženo prostřednictvím dalších dílčích cílů, které budu zjišťovat, základní informace o členech týmu, kdo jsou nejčastější klienti CDZ, v čem spočívají specifika práce s lidmi s duševním onemocněním a jaká je role jednotlivých členů multidisciplinárního týmu.

Použitou výzkumnou metodou je **kvalitativní výzkum**. Výzkumnou technikou jsou pak **polostrukturované rozhovory**, které byly uskutečněny s multidisciplinárním týmem jednoho nejmenovaného CDZ ve východních Čechách.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Lidé s duševním onemocněním

Za člověka trpícího duševním onemocněním, je považovaný každý, kdo má zkušenost s některým typem **závažného duševního onemocnění** (angl. severe mental illness – zkratkou potom SMI) (Na rovinu, 2023, online).

Lidé, kteří trpí nějakým typem duševního onemocnění, bývají mnohdy vyčleněni mimo naši běžnou společnost. Často se musí potýkat s různými formami diskriminace a stigmatizace. Myslím, že naše společnost není o této problematice příliš informovaná a často proto dochází k tomu, že si vůči lidem trpícím duševním onemocněním sami vytváříme předsudky, které pramení z naší neznalosti. Důvodem těchto předsudků, či strachu může být i fakt, že má veřejnost poněkud zkreslený obraz toho, jak se lidé s duševním onemocněním chovají např. ze zpráv z televize, z filmů a podobně. Dalším důvodem je dle mého názoru i to, že pokud někdo trpí nějakým druhem somatického onemocnění, je to obvykle „vidět“ (máme kašel, rýmu, zlomenou nohu apod.) ale duševní onemocnění vidět není.

Není to pouze stigmatizace, s čím se lidé musejí potýkat. Lidé s duševním onemocněním **žijí** často **v chudobě** (jediným jejich příjmem je invalidní důchod), musejí se potýkat s **problémy** uplatnění se **na trhu práce** (jsou kvůli svým zdravotním problémům obtížně zaměstnatelní), řeší i **problémy v partnerských či rodinných vztazích**.

Lidé s duševním onemocněním jsou zranitelní a často potřebují pomoc hned v několika oblastech jejich života. Mají v oblasti duševního zdraví nízkou gramotnost a již zmiňovaná vysoká stigmatizace, vedou často ke skrývání nemoci a neochotě vyhledat odbornou pomoc (Anthony, 1993).

V České republice trpí nějakým typem duševního onemocnění 10 % lidí a statistiky ukazují, že tato čísla neustále stoupají (Národní zdravotnický informační portál, 2023, online). Důvodem může být velká stresová zátěž, kterou lidé procházejí, protože politická, ekonomická ani bezpečnostní situace není v naší republice příliš příznivá. Covid, válka na Ukrajině, ozbrojený konflikt v Izraeli, energetická krize ani vysoká inflace lidem bezesporu na duševní pohodě příliš nepřidají.

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) se během prvního roku pandemie **zvýšil výskyt úzkosti a depresí** na celém světě o 25 %. Před pandemií covidu-19 trpělo v EU podle OECD nejméně 84 milionů osob duševním onemocněním. V EU tedy trpěl duševním onemocněním každý šestý člověk (17,3 %). Podle WHO se duševní zdraví od pandemie celosvětově zhoršilo. Z průzkumu Eurobarometr, který byl proveden v červnu 2023 vyplývá, že téměř každý druhý člověk (46 % obyvatel EU) se v uplynulých 12 měsících potýkal s emocionálními nebo psychosociálními problémy, jako je pocit deprese nebo úzkosti (Evropská rada a Rada Evropské unie, 2023, online).

Lidí s duševním onemocněním přibývá a je nutné tuto situaci řešit, aby se pomoc dostala ke všem lidem, kteří jí potřebují.

1.1 Význam pojmů duševní zdraví a duševní nemoc

V této podkapitole budou definovány základní pojmy, jako je **duševní zdraví** a **duševní onemocnění**. Pro pochopení duševních poruch a onemocnění je důležité vědět jaká je vlastně „norma“ duševního zdraví a co tento výraz znamená.

Úplně na začátek bychom si měli definovat, co vlastně zdraví je. **Zdraví** je chápáno jako vyvážený stav tělesné, duševní a sociální pohody (Čeledová a Čevela, 2010). Definice dle WHO (Světové zdravotnické organizace) zní velice podobně: „*Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a nejen nepřítomnost nemoci nebo vady*“ (Zacharová, 2017:18) . Mezi faktory, které výrazně ovlivňují naše zdraví, patří: náš způsob života, životní prostředí, ve kterém žijeme, genetické faktory, kvalita mezilidských vztahů. Zdraví pokládáme za předpoklad aktivního a spokojeného života. Má hodnotu nejen individuální, ale i společenskou. Má velký význam pro hospodářský a sociální rozvoj společnosti (Čeledová a Čevela, 2010).

Stejně tak, jak jsme si definovali zdraví, bychom měli vysvětlit význam slova **nemoc**. A stejně tak jako zdraví je i nemoc popisována z více pohledů. „*Nemoc neboli choroba či onemocnění, je patologický stav těla nebo mysli, který je projevem změny funkcí buněk a v důsledku i morfologickým poškozením buněk, tkání a orgánů.*“ (Čeledová a Čevela, 2010:20). Jiná definice popisuje nemoc jako poruchu systému člověka a prostředí. Je to potencionální schopnost organismu vyrovnat se v průběhu života s určitými nároky prostředí, ve kterém člověk žije. V současnosti převládá názor, že nemoc má stejně jako zdraví mnohofaktorový bio-psycho-sociální základ (Zacharová, 2017).

Duševní zdraví má nezpochybnitelný význam na celkovou kondici jedince. Dle Americké psychologické asociace je duševní zdraví stav mysli, který je charakterizovaný emoční pohodou, odpovídá emočnímu nastavení, relativní nepřítomností úzkostí a jiných negativních symptomů, kapacitou vytvářet zdravé vztahy a schopností vypořádávat se s běžnými životními nároky a stresory (Národní zdravotnický informační portál, 2023, online).

A bychom mohli diagnostikovat duševní poruchu, je nutné ji umět definovat.

Duševní porucha je dle Americké psychologické asociace stav, který se vyznačuje narušením kognitivních funkcí, emocí, abnormálním chováním, narušeným fungováním ve společnosti nebo jakoukoliv kombinací výše uvedeného. Člověk, kterému bylo diagnostikováno duševní onemocnění, je označován jako duševně nemocný (Národní zdravotnický informační portál, 2023, online).

1.2 Klasifikace vážných duševních onemocnění

V následující podkapitole budou stručně popsána vybraná a často se vyskytující psychická onemocnění, která jsou nezbytnou součástí řešené problematiky. Osoby, trpící psychotickým onemocněním, jsou cílovou skupinou Center duševního zdraví, ve kterých je jim poskytována profesionální péče sociálních pracovníků, zdravotníků, lékařů, i osob, které sami mají s duševním onemocněním zkušenosti.

Duševní poruchy představují skupinu onemocnění, které výrazně ovlivňují to, jak lidé myslí, jak prožívají, či jaké mají vztahy se svým okolím.

Různá duševní onemocnění se od sebe liší a mají různé příznaky. Protože bylo třeba označovat a rozdělovat lidská onemocnění, poruchy a zdravotní problémy, vznikla v roce 1993 **klasifikace duševních onemocnění**.

Pro tuto klasifikaci duševních onemocnění se v Evropě a ČR používá **Mezinárodní klasifikace nemocí** a souvisejících zdravotních problémů **MKN-10**, vydaná Světovou zdravotnickou organizací. Vážná duševní onemocnění jsou v kategoriích **F20 – F29** Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy, dále kategorie **F30 – F39** Afektivní poruchy (poruchy nálady) a kategorie **F60 – F69** Poruchy osobnosti a chování u dospělých (Probstová a Pěč, 2014).

1.2.1 Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy

Schizofrenie je jednou z nejzávažnějších duševních poruch, která ničí intelektový, osobnostní, emoční i sociální život jedince. Nemocný člověk ztrácí kontakt s realitou, má narušený vztah k sobě samému i k vnějšímu světu. Termín schizofrenie lze přeložit jako „rozštěp mysli“. Tímto onemocněním trpí asi **1%** naší **populace** a tato nemoc se nejčastěji vyskytuje v adolescenci (mezi 16. - 18. rokem života) a pak mezi 25. - 30. rokem. Schizofrenie se řadí mezi psychózy. Mezi symptomy této nemoci patří např. nepřiměřené a nepředvídatelné chování, halucinace, bludy, nesouvislá a nesrozumitelná řeč, neschopnost se radovat či sociální izolace. U pacientů s těžkou formou schizofrenie dochází k odcizení a neobvyklé změně ke všem emočně blízkým osobám, ke ztrátě schopnosti fungovat v zaměstnání i v běžném životě. Objevuje se rozpad osobnosti. Pacienti se stávají trvale invalidními (Malá a Pavlovský, 2002:58–59). Někteří dětské psychiatry, jako např. Leo Kanner provedli výzkumy, které dokazují, že schizofrenií mohou onemocnět i malé děti. Objevují se i názory, že dětská schizofrenie úzce souvisí s autismem a s Aspergerovým syndromem (Malá, 2005).

Mezi základní formy schizofrenie pak patří: Paranoidní schizofrenie, Schizofrenie hebefrenií, Katatonní schizofrenie a Simplexní schizofrenie. Každá forma schizofrenie má pak své specifické symptomy. Mezi nejčastější a nejobvyklejší typ patří Paranoidní schizofrenie (Malá a Pavlovský, 2002).

Schizofrenie má své pozitivní i negativní symptomy. Mezi pozitivní symptomy patří např. halucinace – klamně vjemy, (sluchové, zrakové nebo taktilní), či bludy. **Pozitivní symptomy** nemoci se léčí farmakologicky, pokud má nemocný člověk správně nastavenou medikaci, kterou pravidelně užívá, může žít v podstatě bez pozitivních symptomů. **Negativní symptomy** schizofrenie bývají často závažnějším a obtížněji řešeným problémem. Mezi negativní symptomy nemoci patří ztráta sociálních dovedností, nedostatek iniciativy, oslabená vůle, ztráta emotivity. Léčba těchto symptomů bývá „běh na dlouhou trať.“ Negativní symptomy se dají zmírnit psychiatrickou rehabilitací, či psychoterapií (Vágnerová, 2008:337–339).

Schizotypní porucha je typická tím, že nemocný jedinec má podivné chování, je podezřívavý, je výrazně nejistý a úzkostný. Vnímání je narušeno přítomností halucinací, nejčastěji sluchovými (hlasy) (Mahrová a Venglářová, 2008). Lidé se schizofrenií často selhávají v oblasti navazování a udržování vztahů (často jsou nedůvěřiví). Mívají také problémy s pamětí (zapomínají důležité informace), hůře se soustředí (Probstová a Pěč, 2014). Lidé se schizofrenií mají své specifické potřeby, které vyplývají z příznaků této nemoci a jsou důvodem toho, že nemocní jsou často klienti CDZ.

Schizoafektivní porucha má jak schizofrenní, tak afektivní příznaky. Dělí se na manický typ, depresivní typ a smíšený typ (Malá a Pavlovský, 2002:62–63).

1.2.2 Afektivní poruchy

Hlavním příznakem této skupiny chorob jsou poruchy nálady. Objevují se často a v případě deprese mohou ohrozit život sebevražděným jednáním (Malá a Pavlovský, 2002). Mezi **afektivní poruchy** patří **mánie, bipolární porucha, depresivní epizoda/fáze** a **trvalé poruchy nálady**.

Pro máni je typická nepřiměřená nálada, hyperaktivita, nevhodné společenské vystupování, neklid, nadměrná hovornost, ztráta zábrán, rizikové chování spojené s flámováním, zvýšenou sexuální aktivitou (Malá a Pavlovský, 2002). Často se může stát, že nemocný jedná bez vědomí možných následků a dostává se tak do nepříznivých sociálních situací (Mahrová a Venglářová, 2008). Nemocný člověk může mít také sníženou potřebu jíst a spát. Podobná máni je i hypomanie, ta ale

nemá tak výraznou podobu. Účinnou léčbou, kromě farmakoterapeutické léčby je i léčba psychosociální, kdy je vhodná spolupráce jak s pacientem, tak i s jeho rodinou (Malá a Pavlovský, 2002).

Mezi afektivní poruchy osobnosti se řadí **bipolární porucha** (dříve nazývaná maniodepresivní psychóza), která se dělí na tři typy. Bipolární porucha je typická střídáním nálad depresivních s náladami manickými či hypomanickými. Postihuje ženy i muže ve stejném poměru, většinou již v mladém věku. Důležité je, aby byla bipolární porucha správně diagnostikována a nedošlo ke záměně s depresí, protože to by pak mohlo vést k nesprávné medikaci, což by mohlo mít za následek vyvolání dlouhodobých manických stavů (Češková, Kučerová a Svoboda, 2006). Depresivní epizody bývají charakteristické neodůvodněnou chorobnou smutnou náladou, ztrátou věcí a aktivit, které nemocného dříve bavily a naplňovaly, sníženou schopností komunikace vedoucí až k sociální izolaci a celkovou nechtí k životu. Nemocní bývají velice pesimističtí a často myslí na sebevraždu. Zvláště těžké deprese bývají nazývány jako somatický syndrom. Léčba depresí se skládá z akutního stavu, na který navazuje léčba stabilizační a poté následuje léčba udržovací. **Léčba** probíhá prostřednictvím antidepresiv, psychoterapeutických metod nebo intervencí (nejčastěji se využívá kognitivně-behaviorální terapie, racionální terapie a supportivní psychoterapie). Nejtěžší případy pak bývají léčeny elektrokonvulzivní terapií (Malá a Pavlovský, 2002:65–66).

Mezi trvalé poruchy nálad se řadí cyklotymie. Její základní charakteristikou je trvalá nestálost nálady. Tato porucha začíná v rané dospělosti, postupně se rozvíjí a má chronický průběh. Terapie bývá dlouhodobá a obtížná (Malá a Pavlovský, 2002).

Jak jsem již uvedla výše, lidé trpící afektivní poruchou, mají sníženou schopnost komunikace, ztrácí schopnost rozhodování, často nejsou schopni si své věci plánovat. To jsou důvody, proč potřebují pomoc sociálních pracovníků a proč jsou častými klienty CDZ.

1.2.3 Poruchy osobnosti a chování u dospělých

Další cílovou skupinou Center duševního zdraví bývají **lidé s poruchou osobnosti**.

Lidé s poruchou struktury osobnosti se svými projevy nápadně odlišují od běžných způsobů chování, myšlení a cítění dané společnosti. „*Poruchy jsou podmíněny jak biologicky, tak psychosociálními faktory s určitou genetikou predispozicí.*“ (Malá a Pavlovský, 2002:80).

Poruchy osobnosti zahrnují anomálie různých psychických funkcí, které vedou k odlišnému způsobu prožívání, uvažování i chování. Tyto projevy jsou trvalé a zakotvené ve struktuře osobnosti. Nejzávažnější poruchou osobnosti je **dezintegrace**, tj. rozpad osobnosti, kdy dochází k narušení celistvosti osobnosti, jejíž jednotlivé složky nejsou integrovány v jeden celek a fungují nekoordinovaně. Dochází také k narušení časové spojitosti, tj. vztahu k minulosti a současnosti (Vágnerová, 2002).

Specifické poruchy osobnosti se dělí na: paranoidní poruchu osobnosti, schizoidní poruchu osobnosti, disociální poruchu osobnosti, emočně nestabilní poruchu osobnosti, histrionskou poruchu osobnosti, anakritickou poruchu osobnosti a anxiózní (vyhýbavou) poruchu osobnosti). Pokud se u jedince začnou objevovat specifické psychopatické rysy již v dětství, je velmi pravděpodobné, že bude touto poruchou trpět celý život. V praxi se setkáváme nejčastěji se smíšenými poruchami osobnosti (Malá a Pavlovský, 2002:80–82).

Lidé s poruchou osobnosti mají **závažné problémy** se začlenit do společnosti, pracovat, vytvářet a udržet si vztahy, případně pečovat o potomky. Často potřebují pomoci stabilizovat situaci v jejich rodinách (Mahrová a Venglářová, 2008).

U nemocných se uplatňuje jak farmakoterapie, tak i další léčebné metody. Mezi terapeutické postupy patří podpůrná psychoterapie, psychoanalytická psychoterapie, skupinová terapie i kognitivně-behaviorální terapie (Kučerová, 2013). Cílem léčby je odstranit, modifikovat nebo redukovat existující symptomy, podporovat osobní růst a vývin a odstranit, či alespoň oslabit rušivé vzorce chování (Dušek a Večeřová-Procházková, 2015).

Do kategorie poruch osobnosti a chování u dospělých se dále řadí i návykové a impulzivní poruchy. Tyto poruchy jsou charakteristické tím, že poškozují zájmy dotyčného i jeho okolí. Nemocný jedinec je ovládán impulzy, které nelze kontrolovat. Patologické hráčství často vede k rozpadu rodiny, ztrátě majetku či sociální degradaci. Pyromanie se vyznačuje opakovanými patologickými impulzy k zakládání požárů. Kleptomanie je neschopnost odolat impulzům krást předměty. Mezi poruchy pohlavní identity patří transsexualismus, který se charakterizuje tím, že si jedinec přeje se stát opačným pohlavím, než tím, kterým je. Mezi poruchy pohlavní identity se řadí i poruchy pohlavní identity v dětství. Tato porucha se projevuje již v raném dětství. Nemocný jedinec trpí intenzivní tísní z vlastního pohlaví, která se projevuje např. tím, že se obléká do oblečení druhého pohlaví, přejímá chování druhého pohlaví a svoje pohlaví odmítá (Malá a Pavlovský, 2002:82–83).

Další skupinou jsou **poruchy sexuální preference**, mezi které patří: fetišismus, fetišistický transvestitismus, exhibicionismus, pedofilie, sadomasochismus. Léčení sexuálních deviací je nesnadné. Je nezbytné se zaměřit na ty sexuální deviace, jejichž projevy mohou být **společensky nežádoucí** a rizikové a **nebezpečné** pro své okolí (pedofilie, sadismus, patologická sexuální agresivita.) U zmíněných deviací je nutná (tlumící) hormonální léčba, tlumící psychofarmaka, specifická psychoterapie a jiné (Malá a Pavlovský, 2002).

1.2.4 Smíšená úzkostně depresivní porucha

Smíšená úzkostně depresivní porucha má klasifikaci F 41.2 a je definována jako psychická porucha, u níž jsou přítomny příznaky úzkosti a deprese, ale žádný typ příznaků není vyjádřen do takové míry, aby opravňoval ke stanovení samostatné diagnózy kterékoli z obou poruch.

Pacienty obvykle sužují stavy zármutku, beznaděje a sebeobviňování. Nemocní jsou většinou schopni vykonávat své profesní a rodinné povinnosti. Jsou však trvale vyčerpaní, trpí ahedonií (neschopnost prožívat radost) a sníženým sebevědomím. Mezi další symptomy patří např. i spánkové poruchy, psychosomatické obtíže, poruchy imunity, snížení obranyschopnosti organismu, vyšší míra iritability

a plačtivost. Lidé trpící smíšenou-úzkostně depresivní poruchou bývají častěji ohroženi vznikem závislosti na alkoholu a benzodiazepinech než lidé, kteří trpí jiným psychickým onemocněním. Smíšená úzkostně depresivní porucha zůstávala dlouhou dobu stran zájmu výzkumných studií a často také bývala mylně interpretována jako povahový rys. Často docházelo k podceňování toho onemocnění a k nesprávnému léčení, a špatné medikaci prostřednictvím analgetik. V současné době bývá často využívána kognitivně behaviorální terapie doplněná farmakoterapií (antidepresivy) (Praško et al., 2003).

2 Péče o duševně nemocné

Péče o duševně nemocné je v naší republice poskytována v různých formách. Jak jsem již uvedla v první kapitole, poruchami duševního zdraví trpí, nejen v České republice, ale i v Evropské unii, obrovské množství lidí a díky této enormní zátěži se této oblasti věnuje intenzivnější politická pozornost. Péče o duševně nemocné však procházela v historii mnoha proměnami a součástí této kapitoly je i nahlédnutí do minulosti. Vývoj psychiatrické péče je nepochybně úzce spjat s přístupem k duševně nemocným a s rozvojem medicínského oboru psychiatrie. Jak jsem již zmínila, oba tyto aspekty prošly v historii dlouhým vývojem a mnoha změnami, které se odvíjely především od aktuálního povědomí o psychických poruchách. Na historii bývá nahlíženo jak z **pohledu medicínského**, kdy se psychiatrie formulovala jako samostatný medicínský obor, tak i z **pohledu společenského**, kdy se postupně utvářel postoj společnosti k duševně nemocným jedincům (Petr a Marková, 2014).

2.1 Historie péče o duševně nemocné

Pro hlubší pochopení a lepší orientaci v problematice duševního onemocnění, se budu v následující kapitole krátce věnovat historii psychiatrické péče od nejstarších dob až po současnost.

Duševní poruchy **provázejí lidstvo po celou jeho existenci** a nejsou ničím novým nebo typickým pouze pro dnešní dobu a nejsou produktem civilizace, jak se někdy předpokládá. **V nejstarších dobách** byly však duševní nemoci vysvětlovány nadpřirozenými příčinami, božím trestem nebo napadením zlými duchy a démony, a byly léčeny magickými prostředky, modlitbami a zařikáváním (Šedivec, 2008). Někteří významní antičtí lékaři, jako např. Hippokrates, považovali duševní nemoci za projev tělesné poruchy (Malá a Pavlovský, 2002). Šílenství bylo vysvětlováno jako somatická porucha, pomocí čtyř základních tělesných tekutin, kterými jsou: krev, hlen, žlutá žluč a černá žluč. Jejich nerovnováha pak zapříčiňovala jednotlivé choroby. Hippokrates tehdy rozlišoval epilepsii, mánii, melancholii, depresi a paranoii. Tato označení se používají dodnes (Conrad a Schneider, 1992). Už Platón se zabývá otázkami, které se týkají společenského postavení duševně nemocných. Říká např., že pokud duševně nemocný způsobí nějakou škodu, nemá být potrestán,

ale škodu by měla uhradit jeho rodina. Duševně nemocní by se také neměli potulovat nikde v ulicích, ale měla by to být opět rodina, kdo se o něho postará (Šedivec, 2008). Podobně bylo na duševně nemocné nahlíženo i ve **starověkém Římě**, i tam bylo šílenství vnímáno především jako rodinný problém. V době vzniku křesťanství nebylo zacházení s duševně chorými nikterak jemné (Conrad a Schneider, 1992). Panoval opět názor, že nemoc není jev přirozený, ale má nadpřirozené příčiny, je božím trestem za spáchané hříchy a rouhání. Významným představitelem té doby byl **Sóranos**, který byl zakladatelem lůžkového režimu v psychiatrii. Při léčbě duševních chorob Sóranos doporučil nemocnému izolaci v pokoji na lůžku a pod stálým dohledem druhé osoby, kterou byl ošetřovatel. Také se odmítavě stavěl vůči léčbě dávidly, projímadly, pouštění žilou a byl odpůrcem tělesného omezení (Vencovský, 1996). **V Evropě** dochází k návratu přesvědčení o **nadpřirozeném původu duševních nemocí**, což vedlo k vymítání zlého ducha (exorcismu), modlitbám a zařikáváním (Malá a Pavlovský, 2002). Pořádají se **hony na čarodějnice** a obvinění inkvizicí byli upáleni, oběšeni nebo utopeni, protože byli obviněni z toho, že jsou čarodějnicemi nebo že jsou spolčení s ďáblem. Za čarodějnicí byl považován každý, kdo projevil psychologickou, behaviorální nebo fyziologickou poruchu (Conrad Schneider, 1992). Znamý historik Vencovský, ve své knize *Psychiatrie dávných věků* píše, že: „*Osudy psychiatrie v tomto období představují nejčernější kapitolu z kulturní historie vůbec*“. (Vencovský, 1996:101) Postavení duševně nemocných zůstávalo i nadále velmi smutné, běžně byli drženi v temných sklepech a poutáni v řetězech, pro obveselení společnosti byli předváděni v klecích jako dravá zvěř. Určité ochrany se jim dostávalo v klášterních špitálech, od 15. století se objevují i špitály městské. Prvním takovým zařízením na území našeho státu byl azyl pro duševně nemocné ve Znojmě z roku 1458 (Malá a Pavlovský, 2002).

Koncem 18. století je završena etapa, kdy se psychiatrie pěstovala v rámci všeobecného lékařství. Psychiatrie byla vydělena ze všeobecného lékařství jako **samostatný lékařský obor**, který byl na počátku 19. století poprvé označen **termínem „psychiatrie“**. Odborná literatura označuje za autora tohoto pojmu německého lékaře J. Ch. Reila (Šedivec, 2008:26–30).

Za zakladatele psychiatrie je však považován francouzský lékař **Philippe Pinel**. Pinel byl také známým reformátorem péče o duševně nemocné v pařížských ústavech. Deklaroval lidská práva pro duševně nemocné a zdůrazňoval, že i v nemoci jsou si všichni lidé rovni. Pinel požadoval, aby duševně nemocní byli vyvedeni z podzemních nehygienických sklepů a byli uloženi do nemocničních lůžek jako tělesně nemocní a aby se péče o ně stala součástí zdravotní správy. Pinelovy reformy vzbudily velký ohlas jak mezi lékaři, tak i mezi širokou veřejností (Šedivec, 2008). Pinel zdůrazňoval roli dědičnosti, sociálních a psychologických faktorů, které přispívají ke vzniku šílenství. Vyzdvihoval také důležitost studia pacientovy osobnosti a zasloužil se i o oddělení různých typů pacientů na nemocničních lůžkách (Conrad a Schneider, 1992). Snahy o podobnou reformu se začaly objevovat i v jiných zemích Evropy i ve Spojených státech (Šedivec, 2008). I v Českých zemích dochází k **rozvoji péče o duševně nemocné**. Budují se ústavy pro duševně choré a následně se rozvíjí i „klinická psychiatrie“. Mnoho českých psychiatrů se zasloužilo o „materialistickou a pokrokovou orientaci naší psychiatrie“. Patří mezi ně např. Jan Theobald Held, který se stal prvním primářem a ředitelem psychiatrického oddělení v Praze, nebo Josef Riedel, který zavedl moderní rehabilitaci v Kateřinkách, a inspiroval tak psychiatrii celé Evropy (Janík, 1989). Zakladatelem české psychiatrie a české univerzitní psychiatrické školy byl Karel Kuffner (Šedivec, 2008:36–42). Janík (1989) uvádí ty, kteří se obzvláště zasloužili o „materialistickou a pokrokovou orientaci naší psychiatrie“. Byl to např. Franze Köstela, který je považován za zakladatele naší ústavní psychiatrie, či Zdeněk Mysliveček, který založil po první světové válce bratislavskou psychiatrickou kliniku.

Velký vliv na vývoj psychologie měla samozřejmě také **psychoanalýza**, jež založil Zikmund Freud, který zkoumal vztah mezi minulými zkušenostmi člověka a jeho současnými problémy (upozorňuje tím na vliv nevědomí na chování člověka). K Freudovi se připojili Carl Gustav Jung, Ludwig Binswanger a další, kteří vytvořili skupinu, z níž se v roce 1910 zrodila **Mezinárodní psychoanalytická asociace**. Mnozí z těch, kteří původně patřili do této skupiny, jako třeba Jung či Binswanger, se od Freuda odtrhli a rozvinuli své vlastní teorie a metody (Benson, 2010).

Objevuje se mnoho směrů, škol a skupin, které přinášejí do neprobádaných oblastí psychiatrie spoustu nových poznatků. Psychiatrie se začíná dělit do dvou protikladných skupin. Jedna skupina se přiklání k názorům „**biologické psychiatrie**“ a druhá skupina ke směru nazývanému „**sociální psychiatrie**“ (Janík, 1989). Mezi nejdůležitější změny v **psychiatrii 20. století** pak patří již zmíněná psychoanalýza, pak psychofarmakologie jako způsob klinické léčby a rozvoj sociální psychiatrie, která zlepšila postavení a léčbu duševně nemocných (Hosák a Hrdlička, 2016).

V současné době jsou napříč Evropou **velké rozdíly** v systému poskytované péče. Ve **východní Evropě** ještě stále převládá velký počet psychiatrických lůžek umístěných v psychiatrických léčebnách a naopak v některých státech Evropy, jako je např. Itálie Finsko, či Švédsko byly zrušeny všechny psychiatrické léčebny. Komfort, který jednotlivá zařízení nabízejí, se mezi státy západní a východní Evropy zpravidla dramaticky liší. V **zemích západní Evropy** se pak mnoho lůžek nachází v malých rezidenčních domech a naopak v mnoha zemích střední a východní Evropy jsou psychiatrická lůžka de facto skrytá v sociálních ústavech (Winkler, Španiel, Csémy, et al., 2013)

2.2 Psychiatrická péče v České republice a její organizace

Psychiatrická péče je významnou součástí zdravotní péče. Hlavními orgány, které tvoří strukturu zdravotní péče v naší republice, je **Ministerstvo zdravotnictví** a **zdravotní pojišťovny** v ČR (Hosák a Hrdlička, 2016).

Psychiatrická péče je v České republice realizována prostřednictvím zařízení lůžkových, ambulantních a komplementárních. K zachování efektivní péče o duševně nemocné je velmi důležitá spolupráce mezi psychologickými, ambulantními a sociálními službami (Orel, 2016).

Psychiatrické nemocnice/ léčebny jsou většinou spádové a člení se na specializovaná oddělení (např. příjmové, gerontopsychiatrické, psychotické či neurotické). Zajišťují dobrovolnou i nedobrovolnou léčbu. Existují také zdravotnická zařízení, která se specializují na léčení různých závislostí (Orel, 2016). Na **otevřených psychiatrických odděleních** jsou hospitalizováni pacienti, jejichž stav nevyžaduje

neustálou kontrolu. Na **uzavřených psychiatrických odděleních** mají pacienti omezený volný pohyb z důvodu ochrany dotyčného i jeho okolí. Řada psychických poruch a stavů nevyžaduje hospitalizaci, ale může být léčena v psychiatrické ambulanci. Psychiatrické ambulance poskytují služby ambulantní psychiatrické péče a umožňují pravidelné kontroly stavu, sledování případných komplikací, změnu medikace apod. **Ambulantní psychiatrická péče** tak buď navazuje na hospitalizaci nebo jí může předcházet. Komplementární intermediální péče navazuje na hospitalizaci nebo ambulantní péči a je někdy bývá vnímána jako „mezičlánek“ mezi hospitalizací a ambulancí. Bývá realizována prostřednictvím denních stacionářů, chráněných dílen, chráněných pracovišť a pracovních-treninkových center. Dále také pomocí chráněných bydlení, domů na půl cesty, terapeutických klubů a svépomocných skupin nemocných a jejich rodinných příslušníků (Orel, 2016).

Reforma psychiatrické péče má přinést komplexní změnu systému, jehož klíčovým prvkem je vytvoření nového systémového prvku – Center duševního zdraví (CDZ), která budou poskytovat psychiatrické zdravotnické služby a budou přímo navazovat na další sociální služby.

3 Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním

V úvodu této kapitoli nejdříve definuji pojem sociální práce a objasním, kdo může vykonávat profesi sociálního pracovníka. Poté se zaměřím na samotná specifika práce s lidmi s duševním onemocněním včetně popisu potřeb duševně nemocných. Další podkapitoly budou věnovány službám pro lidi s duševním onemocněním a zaměřím se také na přístupy, jednání a komunikaci s duševně nemocnými.

Úkolem sociální práce je poskytování sociálních služeb jednotlivcům, rodinám, skupinám nebo komunitám. Účelem těchto služeb je pomoc s odstraněním, zmírněním, případně s vyrovnáním se s problémy, kteří klienti mají. **Cílem sociální práce** je podpora fungování klienta v jeho sociální situaci. Sociální práce také vede dialog mezi tím, co chce společnost ve svých normách a mezitím co chce klient a rozvíjí tento dialog ke vzájemné spolupráci (Mahrová a Venglářová, 2008).

Sociální práce má pak **mnoho různých definic** od různých autorů. Mě osobně se nejvíce líbí ta od Matouška: „*Sociální práce je aktivita, zaměřená na zlepšení, obnovení sociálního fungování klienta a na tvorbu společenských podmínek příznivých pro tento cíl.*“ (Matoušek, 2012:184).

„Dle zákona o sociálních službách vykonává sociální pracovník sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitaci, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb.“ (Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., § 109).

Zákon o sociálních službách také definuje **předpoklady pro výkon** tohoto **povolání**, mezi které patří: plná svéprávnost, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost. Dle toho právního předpisu musí také mít sociální pracovník dokončené vyšší odborné vzdělání v oborech vzdělání zaměřených na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociální

práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost, nebo vzdělání v bakalářském, magisterském nebo doktorském studiu ve studijním programu sociální práce, sociální politika, sociální pedagogika, sociální péče, sociální patologie, právo nebo speciální pedagogika (Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.).

Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním má svá určitá **specifika**, které je nutné brát v potaz. Duševně nemocní lidé se často ocitají v roli pacientů. Mnohdy jsou nedobrovolně hospitalizováni, jejich život je negativně ovlivněn jejich nemocí, je ohroženo jejich fungování, zdraví a život. Proto je důležité navázat s klienty přátelský vztah, který bude založený na důvěře a spolupráci (Mahrová a Venglářová, 2008). Klient s duševním onemocněním je především člověk, na kterého bychom neměli pohlížet pouze jako na nějakou diagnózu, ale jako na někoho, kdo má své specifické potřeby a odlišné způsoby jejich uspokojení. Problémy, které tito lidé mají, se obvykle vyskytují v některé oblasti psychických funkcí, případně představují kombinaci těchto poruch. Tyto problémy jsou pro klienty velmi často velkou zátěží. Tuto zátěž a problémy, které klienti mají, se snaží odstranit, nebo alespoň zmírnit sociální a zdravotnické služby (Mahrová a Venglářová, 2008).

Sociální služby tvoří významnou složku v péči o lidi s duševním onemocněním. Tyto služby se především snaží o zvyšování kvality života těchto lidí v co největším možném rozsahu a v jejich zapojení do společnosti. Jde především o **podporu a rozvoj jejich samostatnosti** a napomáhání **k návratu do jejich běžného života** (Na rovinu, 2023, online). Konkrétní sociální služby, které by mohli duševně nemocní lidé využívat, popisují v podkapitole 3.2.

3.1 Potřeby duševně nemocných

Jak již bylo uvedeno v první kapitole této práce, duševní poruchy jsou určitou **odchylkou** v tom, jak lidé myslí, jak se chovají, jak prožívají nebo jak navazují vztahy s ostatními. A tyto odchylky jsou důvodem k tomu, že potřebují pomoc a podporu od různých odborníků.

Lidé s duševním onemocněním mají své **specifické potřeby**, mezi které patří především zajištění **bydlení**. V současné době je upřednostňováno bydlení

v přirozeném prostředí (podmínkách domácího typu, kde mohou být podporovány a rozvíjeny klientovi dovednosti. Může se jednat např. o chráněná bydlení či skupinové byty (Matoušek, Kodymová a Koláčková, 2010).

Klienti s duševním onemocněním mívají často potíže spojené se změnami **kognitivních funkcí, s pozorností, zvládnutím emocí či s prožíváním** (Vágnerová, 2008). Z těchto důvodů často duševní nemoci snižují šanci na uplatnění se na pracovním trhu. V tomto případě je velmi důležitá **pracovní rehabilitace**, která pomáhá klientům si práci udržet či navrátit. Pomáhá jim také si dále rozšiřovat pracovní schopnosti. **Zaměstnání** je pro klienty důležité, protože jim (kromě finančních prostředků) přináší také smysluplné trávení volného času, zvyšuje jim sebedůvěru, pomáhá udržovat a navazovat nové sociální kontakty. Klienti ale také často potřebují pomoci s vyřízením jejich invalidních důchodů, které jsou mnohdy jediným jejich příjmem (Marková, Venglářová a Babiáková, 2006).

Další důležitou potřebou je **smysluplné trávení volného času**. Duševně nemocní lidé však žijí různé životy, mají různé představy o tom, jak svůj volný čas trávit. A musí samozřejmě zdolávat i nejrůznější překážky ve formě strachu z nejrůznějších situací, nízké sebedůvěry, problémům v sociálním fungování apod. Často také bývají izolováni či mají problémy s nedostatkem financí, protože, jak jsem již zmínila, mají problém s uplatněním se na trhu práce a často bývá zdrojem jejich příjmů pouze (nízký) invalidní důchod (Matoušek, Kodymová a Koláčková, 2010). V oblasti smysluplného trávení volného času působí rehabilitace v oblasti sociálních kontaktů a volného času a v oblasti bydlení pak rehabilitace zaměřená na bydlení (Pěč a Probstová, 2009).

Tyto uvedené potřeby jsou pouze ty nejčastější, ve kterých klienti selhávají a se kterými potřebují nejčastější pomoc. Podrobnému hodnocení potřeb se věnuje **Camberwellské hodnocení potřeb** (Camberwell Assessment of Need), dále jen CAN. Tento dotazník CAN mapuje zdravotně-sociální potřeby vážně duševně nemocných ve 22 oblastech života. V rámci tohoto dotazníku se hodnotí: bydlení, strava, péče o domácnost, péče o sebe, denní činnosti, tělesné zdraví, psychotické symptomy, informace o zdravotním stavu a léčbě, psychické potíže, ohrožuje sebe, ohrožuje ostatní, alkohol, drogy, přátelé, intimní vztahy, sexualita, péče o děti,

základní vzdělání, doprava, peníze, finanční dávky. Účelem tohoto dotazníku je zjistit, ve kterých oblastech života se klientovi dostává pomoci, a v kterých oblastech života naopak potřebuje pomoc a podporu (Probstová, Šelepová, Dragomirecká et. al., 2006).

3.2 Sociální služby pro lidi s duševním onemocněním

Sociální služby jsou zákonem definovány jako „*činnosti nebo soubor činností zajišťující pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení*“ (Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. § 3 odst. a). Tyto služby se dále dělí na služby sociální péče, služby sociální prevence a sociální poradenství (Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.)

Služby sociální péče pomáhají lidem zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost tak, aby mohli co nejdéle zůstat v jejich sociálním a přirozeném prostředí. Tyto služby také pomáhají lidem zvládat jejich běžné a každodenní činnosti a napomáhají i při začleňování se do běžného života i společnosti. Služby zohledňují individuální potřeby lidí, kteří o pomoc žádají. Pro lidi s duševním onemocněním mohou být využívány tyto sociální služby: centra denních služeb, centra péče o duševní zdraví, zdravotnické zařízení pro lidi s chronickým duševním onemocněním, chráněná bydlení a týdenní stacionáře (Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.)

Služby sociální prevence napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou ohroženy svojí sociální situací, zdravotním stavem, věkem, způsobem života či sociálně znevýhodňujícím prostředím a jsou ohroženy jejich práva a oprávněné zájmy. Služby sociální prevence těmto lidem napomáhají zvládat jejich nepříznivé sociální situace a zároveň také chrání společnost před vznikem nežádoucích společenských jevů. Lidé s duševním onemocněním mohou využívat služby, jako jsou sociálně aktivizační služby pro osoby se zdravotním postižením a seniory, služby následné péče, sociálně terapeutické dílny, terapeutické komunity a sociální rehabilitaci (Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.)

Sociální poradenství zahrnuje základní sociální poradenství a odborné sociální poradenství. Základní sociální poradenství pomáhá osobám zjišťovat informace,

kteře by napomohly k řešení jejich nepříznivé sociální situace a musí být poskytováno všemi poskytovateli sociálních služeb. Odborné sociální poradenství je pak již poskytováno osobám s konkrétními potřebami v různých typech poraden (např. občanských, rodinných, manželských, poradnách pro oběti trestných činů a podobně) (Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.)

Je mnoho služeb, které se zabývají péčí o duševně nemocné. Není možné zde uvést všechny, přesto bych jich zde několik ráda zmínila.

Společnost Mana o.p. s

Tato společnost poskytuje sociální služby osobám se závažným duševním onemocněním, především pak lidem, kteří trpí schizofrenií a afektivní poruchou. Služba je poskytována ambulantní i terénní formou a poskytuje sociálně aktivizační služby pro osoby se zdravotním postižením a sociální rehabilitaci. Tato služba realizuje i různé projekty, jako je například projekt Kairos, který je zaměřen na problematiku zaměstnanosti osob s duševním onemocněním. Tato služba funguje v Olomouci a Olomouckém kraji (Společnost Mana o. p. s. , 2024, online).

Fokus Praha

Tento ústav (v minulosti sdružení) má dlouhou tradici. Jeho vznik se datuje již k roku 1989, kdy fungoval pod jiným názvem. Fokus Praha poskytuje sociálně zdravotní služby prostřednictvím komunitních týmů a center duševního zdraví v Praze a v některých částech Středočeského kraje. Nabízí svým klientům různé terapie a programy, prostřednictvím psychoterapie, má svůj krizový tým, prostřednictvím kterého podporuje lidi v psychické krizi. Svoje služby poskytuje v rámci komunitního centra nebo volnočasového klubu (Fokus Praha, 2024, online).

Sociální rehabilitace Ledovec

Tato služba podporuje jednak lidi s duševním onemocněním, ale také lidi, kteří jsou duševním onemocněním ohroženi. Tato služba je doprovází na jejich cestě zotavení, rozvíjí jejich schopnosti a dovednosti a podporuje jejich smysluplný život v běžných podmínkách. Je určena osobám starším šestnácti let. Sociální rehabilitace je poskytována prostřednictvím tří komunitních center- Plzeň venkov, Centra

duševního zdraví Plzeň, Centra duševního zdraví Klatovy (Sociální rehabilitace Ledovec, 2024, online).

3.3 Základní přístupy a zásady jednání s klientem s duševním onemocněním

Práce s duševně nemocnými lidmi má bezeporu svá specifika, protože tito lidé jsou svým onemocněním mnohdy velmi omezeni a také negativně ovlivněni. Může to ovlivňovat jejich myšlení, prožívání i vztahy s druhými lidmi.

Ministerstvo zdravotnictví vydalo příručku, ve které se nachází **desatero komunikace** s lidmi s duševním onemocněním. Mezi tato doporučení patří především:

- Vysvětlení klientům kdo jsme a jaká je naše role
- Akceptování aktuálních emocí našich klientů
- Aktivní a pozorné naslouchání
- Používání klidného tónu hlasu
- Dbát na svoji neverbální část těla a to, co tím sdělují
- Komunikovat upřímně a být transparentní
- Vyjadřovat se jednoduše a podporovat vzájemné porozumění
- Vyhnout se negativnímu jazyku a nálepkování
- Pomáhat v navázání na další zdroje podpory

(Věstník MZ ČR, 2021, online)

Naprosto nedílnou součástí práce s lidmi s duševním onemocněním je **respekt k druhému** a jeho **podpora**. Je důležité umět klienty trpělivě vyslechnout, projevit jim sounáležit, úctu, respekt a zájem. Nikdy klienty neokřikujeme, nebagatelizujeme jejich problémy či jim nepřikazujeme, jak se mají chovat. Nikdy nezlehčujeme jejich emocionální stav. Naopak jim pomáháme se orientovat v situaci a vysvětlit, co se s ním děje. Nikdy také klientům nevyvracíme jejich halucinace nebo bludy (Věstník MZ ČR, 2021, online).

Sociální pracovník má v péči o duševně nemocné **významnou roli**. Pomáhá klientům překonávat sociální izolaci, zprostředkuje jim kontakt se sociálním prostředím, doporučuje jim návazné služby. V multidisciplinárním týmu má pak nezastupitelnou roli case managera, který má dobrý přehled o všech klientových potřebách a který se přímo podílí na plánování a uskutečňování péče o duševně nemocné. Myslím, že v budoucnu bude, vzhledem ke zvyšujícímu se počtu duševně nemocných, důležitost sociálního pracovníka v péči o duševně nemocné, ještě narůstat.

4 Reforma psychiatrické péče

Rostoucí vnímání duševních nemocí jako problému přimělo odborníky ze stran politiků, ale také zdravotníků k tomu, aby začali hledat řešení, jak zlepšit situaci týkající se duševního zdraví našeho obyvatelstva. Podpora duševního zdraví, včetně prevence duševních nemocí se netýká pouze osobních a rodinných domén, ale výrazně ovlivňuje celou naši společnost.

Česká psychiatrie, jak jsem zaznamenala především z médií, bývá všeobecně **kritizována** kvůli tomu, že je dlouhodobě **podfinancována**, a že jsou naše psychiatrické nemocnice materiálně i technicky **zastaralé**. Je všeobecně známo, že se potýkáme s **nedostatkem psychologů i psychiatrů** a čekací lhůty na objednání k těmto odborníkům bývají velmi dlouhé. Velká kritika se týká i dlouhodobých hospitalizací v psychiatrických léčebnách, mnohdy v řádu několika let. Od svého bývalého kolegy, který pracuje v neziskové organizaci zaměřené na pomoc a podporu duševně nemocných vím, že je mnoho případů, kdy jsou pacienti v pobytových zařízeních hospitalizováni třeba i 10 let. Přesto mám však pocit, že se situace začíná pomalu zlepšovat. A díky reformě psychiatrické péče by měla péče o duševně nemocné projít zásadní proměnou.

Nyní se v krátkosti nahlédnu do minulosti a popíši, co byly hlavní důvody vedoucí ke vzniku psychiatrické reformy.

V 19. a 20. století tvořily v naší republice základ péče o duševní zdraví **velké psychiatrické léčebny**, kde byli pacienti často izolováni od ostatní společnosti. I za totalitního režimu byl psychiatrický systém neefektivní a nereagoval na psychoosociální potřeby pacientů. **Současné psychiatrické léčebny** jsou téměř přesnou kopií ústavů vzniklých právě v 19. a 20. století. Vláda v té době masivně investovala do péče o duševní zdraví, avšak od vzniku těchto ústavů došlo v psychiatrické léčbě k obrovskému pokroku a změnily se terapeutické metody. Na tyto změny však již nikdo nereagoval. (Hosák, Hrdlička, 2016)

Velké psychiatrické léčebny jsou nyní již značně **zastaralé**. Je zde také velká spádová oblast, která pokrývá několik set tisíc lidí. Problémem psychiatrických oddělení ve všeobecných nemocnicích je malý počet lůžek a personálu a také to,

že nemohou poskytovat specializovanou péči pro všechny skupiny duševně nemocných (např. dětskou psychiatrii, sexuologii, adiktologii atd.), a proto jsou tito pacienti převáženi do psychiatrických léčeben daleko od jejich domovů (Hosák a Hrdlička, 2016).

Myslím, že to je velice špatně, protože dochází u nemocných k odloučení od jejich blízkých a rodin, což jejich psychické problémy jen prohlubuje.

Dalším problémem může být i celkově **nízký počet komplementární-intermediální péče** (jako jsou např. denní stacionáře, chráněná bydlení a ostatní služby komunitní péče), které jsem zmínila v předchozí kapitole. Dalším problémem jsou i omezené kapacity ambulantních služeb. V porovnání s ostatními zeměmi EU se Česká republika řadí mezi země s vysokým podílem dlouhodobé ústavní péče. Další **komplikace** nastává ve **financování péče** o duševní zdraví, který je u nás dlouhodobým neřešeným problémem. Rozpočet na péči o duševní zdraví představuje jen asi 2,9 % z celkového rozpočtu na zdravotní péči v České republice a to je jedno z nejnižších v Evropě (Hosák a Hrdlička, 2016).

Domnívám se, že nedostatek finančních prostředků je důsledkem malé politické vůle stran celého politického spektra pro psychiatrii něco udělat a to, dle mého názoru, úzce souvisí se stigmatizujícím pohledem veřejnosti na psychiatrii a duševně nemocné vůbec.

Nicméně, i přes značnou podfinancovanost celého sektoru a výše zmíněné problémy v oblasti psychiatrické péče, se naše republika zavázala dodržovat **mezinárodní závazky**. Konkrétně se pak jedná o: Helsinskou deklaraci z roku 2005, Úmluvu OSN o právech osob se zdravotním postižením z roku 2009, Národní program z roku 2007, Koncepci psychiatrie z roku 2008, Evropský akční plan pro duševní zdraví z roku 2009. A tyto závazky (mimo jiné) vedly Ministerstvo zdravotnictví k přípravě Strategie reformy péče o duševní zdraví v ČR (Hosák a Hrdlička, 2016).

4.1 Počátky vzniku reformy psychiatrické péče

Velmi mě zaujaly tyto slova z článku, který jsem četla na webových stránkách iROZHLASU. Myslím, že to zcela vystihuje to, jak psychiatrická reforma vlastně začala.

„Reforma psychiatrické péče nemá svůj velký třesk, od kterého bychom ji mohli datovat. Navazuje na řadu evolučních změn, které mají kořeny v devadesátých či už osmdesátých letech minulého století, kdy se začaly objevovat požadavky na zlidštění systému.“ (Boček, 2022, online).

Strategie reformy psychiatrické péče byla Ministerstvem zdravotnictví schválena již v roce 2013. Praktické kroky reformy však započaly v roce 2017. **Reforma péče o duševní zdraví** je plánovaný dlouhodobý a souhrnný proces. Nejedná se pouze o změny v medicínském oboru psychiatrie a v oblasti zdravotní péče, ale cílí na změny v sociálním systému, na oblast vzdělávání, zaměstnávání či právní postavení osob s duševním onemocněním. (Ministerstvo zdravotnictví, 2019, online).

Reforma psychiatrické péče má za cíl přesunout těžiště péče o pacienty, které doposud leželo v rovině psychiatrických nemocnic směrem ke **komunitní péči**. Reforma vyžaduje jednak restrukturalizaci lůžkového fondu, ale také i vznik „nového stavebního kamene“- center duševního zdraví, ale také celosvětovou osvětu (Žaludek, 2020). Pomalu, ale jistě se po desítkách let „zamrznutí“ mění přístup k duševnímu zdraví, k terapeutické i psychiatrické péči. Větší část psychiatrické péče se má přesouvat směrem k péči komunitní, která se bude opírat o **multidisciplinární** tým. „Je více nasloucháno“ lidem s duševním onemocněním - na psychiatrické péči se podílejí nejen odborníci, ale i úředníci a politici (Pasz a Plechatá, 2020).

Psychiatrická reforma má i své **principy**. Mezi jeden z nejdůležitějších principů patří **zvýšení kvality života lidí s duševním onemocněním**.

*Reforma má i své **strategické cíle**, kterými jsou:*

- 1) Zvýšit kvalitu psychiatrické péče systémovou změnou organizace jejího poskytování*
- 2) Omezit stigmatizaci duševně nemocných a oboru psychiatrie obecně*

- 3) *Zvýšit spokojenost uživatelů s poskytovanou psychiatrickou péčí*
- 4) *Zvýšit efektivitu psychiatrické péče včasnou diagnostikou a identifikací skryté psychiatrické nemocnosti*
- 5) *Zvýšit úspěšnost plnohodnotného začleňování duševně nemocných do společnosti (zejména zlepšením podmínek pro zaměstnanost, vzdělávání a bydlení aj.)*
- 6) *Zlepšit provázanost zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb*
- 7) *Humanizovat psychiatrickou péči (Hosák a Hrdlička, 2016:33).*

Dalším z hlavních cílů reformy psychiatrické péče (kromě již zmiňované deinstitutionalizace a samozřejmě **zlepšení celkové kvality života** lidí s duševním onemocněním), je **zlepšení fungování** a **spolupráce** mezi sociálními službami a zdravotnickými zařízeními. Myslím, že to v současnosti není samozřejmostí, ačkoliv je to naprosto klíčové.

Reforma české psychiatrie, jak jsem již zmínila na začátku této podkapitoly, má přinést **komplexní změnu systému**. Klíčovým prvkem a jedním z nových a hlavních prvků (pilířů) v novém systému by měla být **Centra duševního zdraví**, kterým budou věnovat celou následující kapitolu.

5 Centra duševního zdraví

V současné době není k dispozici mnoho tištěné literatury, která by se Centry duševního zdraví zabývala, budu tedy u popisu jednotlivých podkapitol vycházet především z metodik Ministerstva zdravotnictví.

V posledních letech (v některých zemích i několik posledních desetiletí) začalo docházet k proměně systému péče o lidi s duševním onemocněním. Dochází k odklonu od ústavní (institucionální péče) a reforma psychiatrie usiluje o to, aby byla péče o duševně nemocné dostupná přímo v místě jejich bydliště a v komunitě, ve které nemocní žijí, nikoliv pouze ve vzdálených nemocnicích. Centra duševního zdraví by měla výrazně zvýšit efektivitu psychiatrické péče a pomoci lidem s duševním onemocněním žít lepší a kvalitnější život (Novák a Ukropová, 2019).

Centrum duševního zdraví (CDZ) je v českém kontextu **nový prvek**, který poprvé přímo propojuje zdravotní a sociální péči jak z hlediska financování, tak z hlediska praxe a metodické podpory. CDZ tvoří multidisciplinární týmy, které zajišťují ambulantní i terénní sociální práci. Součástí **multidisciplinárního týmu** pak má být psychiatr, klinický psycholog, sociální pracovníci, zdravotní sestry, peer pracovníci (lidé s vlastní zkušeností s diagnózou duševního onemocnění) a pracovní konzultanti (Novák a Ukropová, 2019).

Metodiky dále také uvádějí, že Centrum duševního zdraví je jakýmsi **mezičlánkem** mezi primární péčí, péčí akutní i specializovanou. **Funkcí CDZ** je prevence hospitalizací, případně jejich zkracování a nápomoc při znovuzačlenění dlouhodobě hospitalizovaných do běžné komunity. Centrum duševního zdraví jednak vytváří potřebné programy, jednak zajišťuje v rámci své spádové oblasti funkční propojení ambulantní a lůžkové péče. Tým Centra duševního zdraví pracuje formou **case managementu** a poskytuje flexibilní, individualizovanou službu všem potřebným klientům ze spádové oblasti bez čekací doby (Věstník MZ ČR, 2016, online).

Mezi **hlavní cíle**, které by Centra duševního zdraví měla plnit, patří maximální společenská integrace a klinické i sociální **zotavení** (recovery) klientů.

(Pro podrobnější vysvětlení této problematiky, věnuji popisu Zotavení celou podkapitolu 6. 3)

Centrum duševního zdraví funguje tak, že ve svém regionu **spolupracuje** s dalšími potřebnými subjekty a službami v oblasti zaměstnání, vzdělávání, bydlení, volnočasových aktivit aj. Mezi prvky péče, které poskytuje, patří krizová intervence, dále asertivní komunitní léčba, která prokazatelně snižuje frekvenci relapsu onemocnění, potřebu hospitalizace, která vede ke stabilizaci v oblasti bydlení, zaměstnání a zvyšuje spokojenost pacientů. Další činnosti, které se věnuje, je podporované zaměstnání.

Činnost CDZ se řídí platnou legislativou, především zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování a zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (Věstník MZ ČR, 2016, online).

5.1 Cílová skupina CDZ

Cílovou skupinou CDZ jsou klienti trpící závažným duševním onemocněním. Mezi závažná duševní onemocnění, patří, dle mezinárodní klasifikace diagnostické okruhy **F2, F3, F42 a F6**. (Tyto poruchy byly popsány v předchozích kapitolách). Onemocnění dále musí trvat déle než 2 roky a klienti musí mít funkční narušení (skóre GAF \leq 70). (GAF je klinický nástroj pro celkové posouzení aktuální úrovně zneschopnění. Další cílovou skupinou CDZ jsou osoby s potřebou včasné intervence, tzn. osoby s rizikem rozvoje SMI. Serious/severe Mental Illness). Jedná se především o osoby, které nebyly doposud psychiatricky léčené, ale je u nich zvýšené riziko toho, že se u nich psychiatrická nemoc projeví. Mezi další cílovou skupinu CDZ patří také **lidé v krizových situacích s akutními psychickými obtížemi** nevyžadující hospitalizaci (Věstník MZ ČR, 2021, online).

5.2 Služby poskytované v CDZ

Jak již bylo zmíněno na začátku této kapitoly, v CDZ se **propojují** zdravotní a sociální služby. Pro CDZ je stěžejní legislativou, jak již bylo také dříve řečeno, **zákon č. 372/2011 Sb.**, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování a také **zákon č. 108/2006 Sb.**, o sociálních službách.

Služby centra duševního zdraví jsou poskytovány v **terénní** nebo **ambulantní** formě, a poskytují svým klientům, tyto základní činnosti:

- *nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění,*
- *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,*
- *výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,*
- *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,*
- *sociálně terapeutické činnosti, (Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.)*

5.3 Multidisciplinární tým CDZ

Veškeré služby, které CDZ poskytuje, jsou zajišťovány **multidisciplinárním týmem**. Tento multidisciplinární tým poskytuje koordinaci a podporu v přirozeném prostředí lidí se závažnými a přetrvávajícími duševními problémy. Jak jsem již uvedla v hlavní kapitole, týmy, jsou tvořeny **profesionály různých odborností**, kteří spolu velmi úzce spolupracují. Týmy zahrnují psychiatry, psychology, psychiatrické sestry, sociální pracovníky, pracovní kouče a bývalé uživatele, kteří zaměřují svoji práci na silné stránky klienta a jejich optimální zotavení (Scheffler a Potůček, 2008). Všichni členové týmu pracují ambulantně i v terénu, pracují se stejnými klienty, průběžně si předávají důležité informace. Většinu svých intervencí provádějí v přirozeném prostředí klientů (Věstník MZ ČR, 2016, online).

Podstata multidisciplinárního týmu spočívá v nutnosti, aby byl tým v neustálé **součinnosti**, protože zpravidla bývá nutné pokrýt velké množství různých potřeb, které klient má. Velmi důležitá je ochota spolupracovat, důvěřovat jiným odborníkům a respektovat jejich pohled na péči a to napříč odbornostmi i postavením

v péči. Nedílnou součástí dobrého fungování multisidcilinárního týmu je i pravidelné vyhodnocování kvality služeb (Mahrová a Venglářová, 2008).

Součástí týmu, který o klienta pečuje, je samozřejmě i jeho rodina, blízcí a přátelé. Rodina a blízcí by měli vždy být součástí širšího týmu, protože jejich podpora je velmi důležitá. Mohou být důležitým prostorem, ve kterém se klientovi dostává pozitivního stimulu a který klientovi pomáhá v opětovném zařazení do života. Stejně tak se však rodina může stát naopak i jednou z překážek vedoucí k uzdravení, kterou bude muset klient na své „cestě“ překonat (Mahrová a Venglářová, 2008).

Součástí týmu CDZ je sociální pracovník (případně pracovník v sociálních službách, psycholog, psychiatr, psychiatrická sestra a peer konzultant. V následujících podkapitolách jednotlivé pracovní pozice popíši a budu se stručně věnovat jejich náplni práce.

5.3.1 Sociální pracovník

Sociální pracovník CDZ pracuje jak s celou komunitou, tak i s jednotlivci. V rámci práce s jednotlivci poskytuje klientům **sociální poradenství**, spolu s klientem a jeho blízkými identifikuje jeho potřeby a vhodné postupy jejich naplnění. Mapuje zdroje klienta, jeho rodiny a blízkých. Pokud to klient potřebuje, zjednává mu přístup k potřebným zdrojům (bydlení, sociální dávky). Má přehled o dostupnosti sociálních a zdravotnických služeb, které svým klientům v případě potřeby doporučuje. Má také podpůrnou a facilitující roli, včetně prevence sociálního vyloučení. Napomáhá klientovi a jeho blízkým se adaptovat na životní podmínky, které jsou duševním onemocněním změněné. Využívá také zdrojů, které jsou v komunitě dostupné (Ministerstvo zdravotnictví, 2019, online).

5.3.2 Psycholog

Hlavní náplní práce **psychologa** v CZD je přímá práce s klienty a to především ve formě individuální psychoterapie a poradenství. Psycholog také poskytuje vedení skupinové psychoterapie, rodinné či párové psychoterapie a jiných terapeutických či rehabilitačních programů. Psycholog se vyjadřuje ke stanovování léčebných postupů, způsobů rehabilitace i konkrétních intervencí. Pokud je třeba, provádí komplexní

psychodiagnostickou činností. Psycholog také může provádět návštěvy v přirozeném prostředí klientů. Může rovněž poskytovat podporu ostatním členům týmu. Klinický psycholog nezastává roli case managera (Věstník MZ ČR, 2016, online).

5.3.3 Psychiatr

Psychiatr je další důležitou pracovní pozicí, která je nedílnou součástí multidisciplinárního týmu. Psychiatr je vystudovaný lékař v oboru psychiatrie, který poskytuje komplexní lékařskou psychiatrickou péči (Tichá, 2020, online). Jeho náplní práce je diagnostika, stanovení léčebného plánu včetně nasazení farmakologické léčby. Psychiatr vyhodnocuje rizika při krizových stavech, v případě nutnosti indikuje nedobrovolnou hospitalizaci (Věstník MZ ČR, 2016, online). Mimo lékařské povinnosti má také důležitou konzultační roli, a to jak pro pacienty, tak i pro členy týmu. Spolupracuje s praktickým lékařem a dalšími odborníky (Věstník MZ ČR, 2016, online).

5.3.4 Psychiatrická sestra

Náplní práce **psychiatrické sestry** je především vykonávat poradenskou a edukační činnost v oblasti prevence poruch duševního zdraví a prevence relapsu onemocnění. Psychiatrická sestra také pečuje o pacienty a jejich blízké a snaží se je resocializovat do společnosti. Koordinuje spolupráci mezi poskytovateli ambulantní a lůžkové péče a poskytovateli sociálních služeb. Dohlíží na chování pacienta, snaží se včas zachytit nastupující krizi, dodržuje stanovený léčebný plán, sleduje, zda se onemocnění dále nezhoršuje, vyhodnocuje, zda pacient není nebezpečný sobě nebo svému okolí. Pomáhá pacientovi s adaptací na změněné životní podmínky a podporuje ho v zachování fyzických, kognitivních a psychických funkcí prostřednictvím cílených aktivit. Realizuje psychiatrickou rehabilitaci a pomáhá pacientovi se začleňováním se do vlastního sociálního prostředí (Vyhláška č. 55/2011 Sb., §64).

5.3.5 Peer konzultant

Peer konzultant je člověk, který si sám prošel nebo prochází duševním onemocněním. Je v určité fázi zotavení a má **zkušenosti** s duševním onemocněním, které sám dál využívá jako pracovní nástroj (Pasz a Plechatá, 2020).

Zkušenost s duševním onemocněním nebo jinými obtížemi může kromě soužení přinášet také znalosti a pochopení. Peer konzultant navazuje kontakt s klientem a buduje s ním vztah založený na vzájemné důvěře a spolupráci. Usnadňuje a podporuje zplnomocňování a vlastní iniciativu klienta, objevuje a rozvíjí silné stránky klienta, podporuje budování sebeúcty a sebedůvěry, podporuje bezpečnou atmosféru ve skupině, organizuje školení a osvětu o péči, bojuje proti stigmatizaci a vyloučení a mnohé další (Hollander a Wilken, 2022:169–170).

Peer konzultant přináší týmu pohled „z druhého břehu“ a je **významnou podporou** a také **inspirací** pro klienty. Myslím, že peer konzultanti si mohou získat důvěru klientů daleko lépe, než ostatní odborníci, protože právě jejich zkušenost s nemocí je velmi sblížuje a domnívám se, že právě z toho důvodu je naprosto nezbytné, aby byli součástí multidisciplinárního týmu.

5.4 Popis organizace, která je součástí výzkumu

Centrum duševního zdraví, ve kterém bude probíhat můj kvalitativní výzkum, poskytuje zdravotně sociální služby lidem s vážným duševním onemocněním. Toto CDZ se nachází v jednom okresním městě ve **východních Čechách**, ve městě, které má zhruba 16 000 obyvatel. O jaké konkrétní CDZ se jedná, neuvádím z toho důvodu, aby nebylo ohroženo soukromí a důvěra konverzačních partnerů, kteří se mnou budou rozhovory vykonávat.

Toto CDZ vzniklo 1. 4. 2022 a je to tzv. CDZ typu „B“, což znamená, že se jedná o rozvíjející se CDZ, které má svého plného provozu a kapacitního naplnění dosáhnout do konce roku 2024. V současné době tvoří multidisciplinární tým CDZ celkem **10 pracovníků** (vedoucí, který je zároveň svou profesí sociální pracovník i psychiatrická sestra, 3 sociální pracovníci, 1 psychiatrická sestra, 2 všeobecné zdravotní sestry, 1 peer konzultant a 2 klinické psycholožky). Pozice psychiatra není v současné době obsazená.

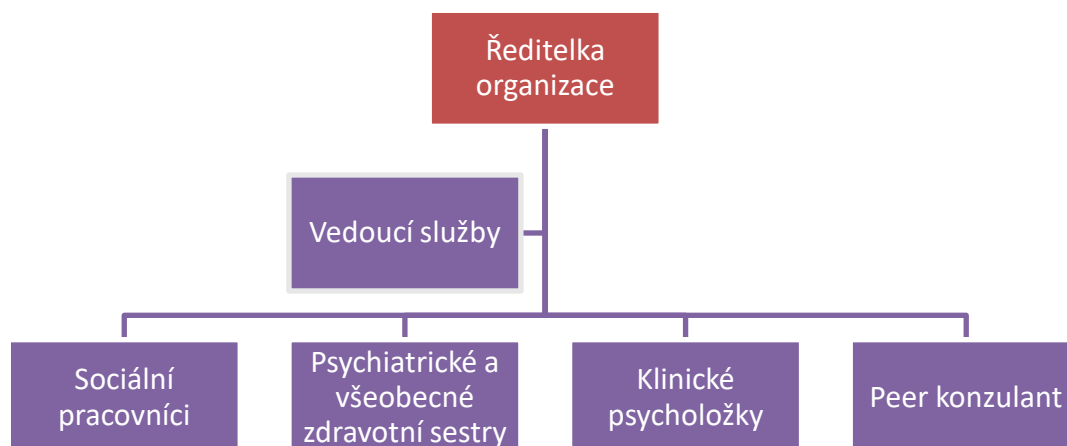
Služba je určena dospělým lidem s tzv. vážným duševním onemocněním z okresu, ve kterém se toto CDZ nachází. Patří sem lidé s tzv. vážným duševním onemocněním (delším než 2 roky) a lidé v podezření rozvoje výše uvedené nemoci. Cílová skupina zahrnuje i osoby v ochranném léčení. Z hlediska diagnóz se jedná o F2, F3, F42,

a některé F6. Mezi **základní principy služby** patří: práce s nadějí, rozvíjení silných stránek klientů, práce s rodinou a blízkými osobami klientů, spolupráce s jinými službami a institucemi, využívání další místních zdrojů (komunity, obce, sboru, farnosti, vysvětlování a pomáhání pochopení problematiky duševních nemocí).

Toto CDZ zaručuje svým klientům profesionální a partnerský přístup, společné plánování péče s klientem tak, aby co nejlépe odpovídala jeho potřebám a přáním, šíření osvěty o duševním zdraví a podporu lidí s duševním onemocněním i jejich blízkých v různých životních situacích.

Péče o klienty je poskytována ambulantním i terénním způsobem tam, kde to zrovna klienti nejvíce potřebují (buď v sídle této služby (ambulanci) nebo kdekoliv např. doma u klienta)

(Zdroj: rozhovor s vedoucím služby, výroční zpráva organizace, které je tato služba součástí).



Obrázek 1: Organizační struktura CDZ

Zdroj: vlastní zpracování

6 Sociální rehabilitace

Nelze se zabývat Centrem duševního zdraví a opomenout sociální rehabilitaci, protože péče, která je klientům v CDZ poskytována, je zajišťována prostřednictvím **sociální rehabilitace**, která společně se zdravotnickými službami napomáhá klientům zlepšovat kvalitu jejich života a dává jim příležitost se léčit v jejich přirozeném prostředí.

Další podkapitoly jsou věnovány tématům, které se sociální rehabilitací také úzce souvisí. **Komunitní přístup** v péči využívá rehabilitační potenciál přirozeného prostředí a nabízí klientům s duševní poruchou veškeré služby v jejich přirozeném prostředí. **Case management** je specifická metoda komunitní práce. **CARe** (Comprehensive Approach to Rehabilitation) je komplexní přístup k rehabilitaci, který zahrnuje teoretická východiska i praktickou pracovní metodu. Koncept poskytování péče **Zotavení** pak představuje způsob myšlení o klientech, kde je hlavní důraz kladen na proměnu osobní zkušenosti u klientů.

Sociální rehabilitace je **soubor specifických činností**, které směřují k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to prostřednictvím rozvíjení jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvičkou výkonu běžných činností, které jsou důležité zachování schopností, potenciálů a kompetencí (Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.)

Sociální rehabilitace zahrnuje jednak posílení schopností dotyčného jedince, jednak uplatnění změn v jeho okolním prostředí s cílem umožnit život v co nejvyšší možné kvalitě. Cílem je pak zajištění optimální úrovně fungování jednotlivců ve společnosti (WHO, 1997).

Cílem sociální rehabilitace je, aby duševně nemocní pokud možno žili v běžných životních podmínkách, vykonávali obvyklé sociální a osobní role a fungovali co nejvíce samostatně. Těžiště péče o nemocného se nachází v jeho přirozeném prostředí, tedy v komunitě. Pro efektivní vykonávání sociální rehabilitace je důležitá dostatečně hustá a dostupná síť ambulancí a lůžkových zařízení a také existence sociálních služeb (Hejzar, 2009).

Sociální rehabilitace je poskytována formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb.

Klíčovou osobou pro oblast sociální rehabilitace je **sociální pracovník**. Ten je součástí profesionálního týmu a zajišťuje jednak poradenství v oblasti sociální péče, tak i sociální šetření, zprostředkovává jednání klientů s úřady nebo organizacemi. Pomáhá klientům při návratu z ústavního zařízení, pomáhá jim získat práci a začlenit se do pracovního poměru. Pomáhá klientům v orientaci a zprostředkování sociálních dávek (Slámová, 2021).

Při práci s duševně nemocnými klienty se také často setkáváme s výrazem psychiatrická rehabilitace. **Definice psychiatrické rehabilitace** (dle WHO) pak zní: *„Je to proces, který dává člověku příležitost dosáhnout optimální úrovně nezávislého fungování ve společnosti. Zahrnuje jednak posílení schopností dotyčného jedince, jednak uplatnění změn v jeho okolním prostředí s cílem umožnit život v co nejvyšší možné kvalitě. Cílem je pak zajištění optimální úrovně fungování jednotlivců ve společnosti.“*

6.1 Komunitní přístup v péči

Pojem komunitní je úzce spojen s výrazem komunita, který v překladu znamená společenství, obec, nebo také pospolitost či vlídnost. Komunita proto nemá význam pouze autonomní jednotky nějakého území, ale i určitý pocit sounáležitosti, společných cílů a spolupráce. (Paleček in Probstová a Pěč, 2014). **Komunitní péče** využívá terapeutický a rehabilitační potenciál přirozených společenství lidí a zahrnuje široký soubor služeb, programů a zařízení, prostřednictvím kterých má pomoci lidem s duševní poruchou žít co nejvíce v podmínkách běžného života (Probstová a Pěč, 2014).

Komunitní péče by měla probíhat v **přirozeném** a blízkém okolí klienta. Služby by měly být poskytovány **lokálně** a měly by být **dobře dostupné** všem obyvatelům. Měly by nabízet ucelený servis a být schopny zajistit kontinuitu péče.

O poskytovaných službách by měla být informována široká veřejnost. Pozornost by měla být věnována jednak chronickým pacientům, ale i těm, kteří si nejsou schopni

služby aktivně vyžádat. (Marková, Venglářová a Bibiáková, 2006) Nabídka služeb v komunitním přístupu by měla být pestrá a navzájem provázaná. Jde o **propojení** sociálních služeb mezi sebou ale také o propojení služeb sociálních a zdravotních (Mahrová a Venglářová, 2008). Podpora, která je poskytována v komunitní péči, se soustředí na to, co klient dokáže, čeho je schopen. **Komunitní péče** se snaží pozitivně ovlivnit kvalitu života svých klientů. V komunitní péči je kladem důraz na změnu způsobu přístupu ke klientům - vztah mezi nemocným a jeho pečovateli přestává být paternalistický a stává se partnerským (Marková, Venglářová a Bibiáková, 2006). Mezi postupy komunitní péče patří kromě léčby i podpora sociálních rolí, zvláště pak v oblasti práce, bydlení, sociálních kontaktů. Velmi důležitá je také podpora vztahů s rodinou, přáteli a dalšími lidmi (Probstová a Pěč, 2014).

6.2 Case management

Case management je **specifická metoda komunitní práce** spočívající v koordinaci péče o klienta jedním klíčovým pracovníkem. Je to způsob práce, jehož účelem je propojit systém služeb s jejich konkrétním příjemcem a koordinovat součásti tohoto systému tak, aby co nejefektivněji fungoval ve prospěch klienta (Novák a Ukropová, 2019).

Case management je **hlavním přístupem** při zavádění multidisciplinárního přístupu do péče o dlouhodobě duševně nemocné, a to na všech úrovních práce týmů (Ministerstvo zdravotnictví, 2020, online).

Case management je **klíčová osoba** nejen pro klienta, ale pro celý systém poskytování péče. Jak jsem již zmínila, tak je také **koordinátorem** práce týmu a odpovídá za vytvoření, aktualizaci a provádění plánu péče (Mahrová a Venglářová, 2008). Důležitý je **kontakt** case manažera s klientem. Probíhají návštěvy v klientově přirozeném prostředí, case manažer zná dobře klientovi potřeby, dokáže včas rozpoznat vypuknutí duševní poruchy a umí včas zorganizovat efektivní pomoc. (Marková, Venglářová a Bibiáková, 2006). Úlohou case manažera je nabídnout klientovi ty služby, které potřebuje (Mahrová a Venglářová, 2008).

Mezi **základní prvky** case managementu patří mít dobrý přehled o potřebách a schopnostech klienta, mít dobrý plán péče, ve kterém budou jasně definované cíle, uskutečňovat plán za pomoci klienta a jeho vlastního sociálního okolí, dobře monitorovat a zaznamenávat dosažených (nebo naopak nedosažených) kroků, vyhodnocovat výsledky společně se všemi, kteří se na práci s klientem podílejí (Marková, Venglářová a Bibiáková, 2006:170–171). **Case manažer** doprovází klienta celým **procesem péče**. Zná jeho silné a slabé stránky a na základě toho mu pomáhá volit vhodné a přiměřené aktivity a již zmiňované služby, které odpovídají jeho možnostem a potřebám. Pomáhá klientovi nacházet řešení těžce zvladatelných situací i v běžném životě v komplexu komunitních služeb může mít. Jsou zde různé důvody, proč to může být problematické, např. faktory ekonomické (udržení nákladů na služby ve stanovených mezích a zároveň umožnění růstu efektivity služeb) (Marková, Venglářová a Bibiáková, 2006).

6.3 Filosofie poskytované péče - Recovery (Zotavení)

Cílem moderní péče o lidi s duševním onemocněním není pouze snížení intenzity symptomů nemoci a jejich eliminace, ale nalezení jejich uspokojivého místa ve společnosti (Probstová a Pěč, 2014).

Péče poskytovaná v CDZ by se měla řídit přístupem **Recovery**, který je do češtiny obvykle překládán jako „**Zotavení**“ či „Úzdrava“. Odborná literatura Zotavení popisuje jako „**hluboký proces** změny vlastních postojů, hodnot, pocitů, cílů, dovedností a rolí.“ Je to také způsob, jak žít osobní a jedinečný, spokojený, nadějeplný a přínosný život přes všechna omezení, která nemoc způsobuje (Páv, Pluhaříková Pomajzlová a Šťastná, 2017).

Recovery přístup se soustředí na **silné stránky** lidí, kteří trpí duševním onemocněním. Vychází z myšlenky, že i s duševním onemocněním lze žít **spokojený** a **kvalitní život**. Duševní onemocnění není vnímáno jako něco, co musí nevyhnutelně vést ke ztrátě důležitých sociálních rolí, ale jsou hledány cesty, jak vést spokojený život i přes omezení, která život s duševním onemocněním přináší. „*Významnou součástí konceptu zotavení je dodávání odvahy, naděje a optimismu.*“ (Chvalovský, 2021:20).

Zotavení neznamena vyléčení se z nemoci a odstranění všech symptomů. Zotavení z duševní nemoci zahrnuje, dle Anthonyho (1993) mnohem víc, než jen zotavení z nemoci samotné. Duševně nemocný člověk se mnohdy musí zotavit ze stigmatu, který ho obklopuje, z nastavení léčby nebo z nedostatku příležitostí, které díky své nemoci má. Obnova je **složitý a zdlouhavý proces**. Víze zotavení zahrnuje takové dimenze jako je sebeúcta, přizpůsobení se zdravotnímu postižení, zmocnění a sebeurčení.

Proces zotavení bych přirovnala k tomu, kdy se člověk setká s nějakým traumatizujícím zážitkem (např. vážná nehoda, úmrtí blízké osoby nebo rozchod s partnerem). Obvykle se každý z nás s tímto zážitkem dokáže postupně vyrovnat. Člověk tyto události nezapomíná, ale postupem času může na tyto události změnit náhled nebo přesune pozornost k jiným stránkám svého života. A u nemocných lidí se může stát to, že začnou svoji nemoc vnímat jako něco, co je posílilo. A podobně tak je tomu i u přístupu zotavení.

6.4 CARE

Comprehensive Approach to Rehabilitation je celý název **psychosociálního rehabilitačního přístupu**, který je často označován zkráceně jako **CARE**. Tento rehabilitační přístup je uznáván po celém světě. Jeho autory jsou Holanďané Jean-Pierre Wilken a Dirk den Hollander. CARE model využívá prvků z jiných rehabilitačních škol a zaměřuje se na práci s okolním prostředím. Může být využíván v široké škále různých zařízení a služeb od komunitních služeb až po lůžková zařízení, která pracují s klienty v duchu Recovery (zotavení). Je to metoda, která se neustále rozvíjí a inovuje (Hollander a Wilken, 2016).

Tento psychosociální rehabilitační přístup pomáhá lidem s duševním onemocněním **zvyšovat kvalitu** jejich života a může významně pomoci na jejich osobní cestě k zotavení. Podporuje a posiluje silné stránky klienta, zplnomocňuje a pomáhá znovu vytvářet identitu klientů a podporuje je při najití jejich smyslu života. Využívá práci s prostředím, s cílem maximálně podpořit začlenění lidí s duševním onemocněním do jejich běžného prostředí. Vychází z potřeb a přání duševně nemocných, ze kterých

vychází při stanovení dílčích cílů. Tyto cíle jsou pak postupně naplňovány (Páv, Pluhaříková Pomajzlová a Šťastná, 2017).

CARe se zaměřuje na člověka jako na celek. V metodice CARe jsou rozlišovány **čtyři životní domény** (bydlení, práce, učení a rekreace) a čtyři osobní domény (péče o sebe a druhé, zdraví, bezpečí a sociální vztahy) (Hollander a Wilken, 2016).

Byly také definovány **čtyři klíčové činnosti**, které jsou neoddělitelně spjaté s dobrou péčí:

Propojení – jedná se jednak o navázání kontaktu s klientem a jeho blízkými, ale také o propojení ve vztahu mezi klientem a pracovníkem, kdy vznikne vztahový rámec, který může vést k partnerství (ke spolupráci, která bude založena na rovnocennosti).

Porozumění – je klíčovou činností, protože pokud chceme poznat svět toho druhého, (zjistit, jaké má přání a potřeby), musíme umět dobře naslouchat. Je to také důležité proto, abychom zjistili, v jaké fázi zotavení se klient nachází.

Potvrzení – je důležité, aby měl klient pocit bezpečí. Musíme být důvěryhodní a dodávat klientům podporu.

Posílení – se týká silných stránek klientů a všech způsobů práce, které jsou na silné stránky orientovány. (Jedná se např. o pomoc při rozvíjení dovedností a nadání, vytváření „příznivých prostředí“, či získávání nových pozitivních zkušeností) (Hollander a Wilken, 2022).

7 Shrnutí teoretické části

S duševním onemocněním se lidé potýkají tak dlouho, jako lidstvo samo. V současné době narůstá počet osob s tímto onemocněním a je proto nezbytné, aby oblast psychiatrie prošla rozsáhlými změnami. „Obrovským krokem“ kupředu, který v péči o duševně nemocné nastal, je **vznik Center duševního zdraví**, které svým klientům poskytují zcela jiný přístup, než tomu bylo doposud v institucionálních zařízeních – především ve velkých psychiatrických léčebnách.

V teoretické části mé bakalářské práce byly vysvětleny pojmy duševní zdraví a duševní nemoc, byla popsána klasifikace vážných duševních onemocnění, včetně popisu a specifik nejčastěji se vyskytujících duševních onemocnění. Byla popsána péče o duševně nemocné jak v současnosti, tak bylo nahlédnuto i do minulosti. Dále jsem se zabývala specifiky sociální práce lidí s duševním onemocněním, včetně sociálních služeb, které tyto osoby mohou využívat a popisu psychiatrické péče v České republice a její organizace. Zabývala jsem se také reformou psychiatrické péče, prostřednictvím které Centra duševního zdraví vznikala. Podrobnému popisu Centra duševního zdraví byla věnována celá následující kapitola. Teoretickou část jsem ukončila sociální rehabilitací, prostřednictvím které jsou služby v Centrech duševního zdraví poskytovány.

S touto teoretickou částí práce nedílně souvisí i **praktická část**, prostřednictvím které budu zjišťovat, **jaký je přínos Center duševního zdraví pro život lidí s duševním onemocněním pohledem pracovníků CDZ.**

PRAKTICKÁ ČÁST

8 Metodologie výzkumu

Praktická část mé bakalářské práce se věnuje kvalitativní výzkumné strategii. Hlavním cílem práce je zjistit, **Jaký je přínos Center duševního zdraví pro život lidí s duševním onemocněním pohledem pracovníků CDZ?**

První část práce se bude zabírat formulací hlavního výzkumného cíle a dalších dílčích cílů, které budou součástí transformační tabulky. Dále představím vybranou výzkumnou strategii, charakterizuji výzkumný vzorek a popíši průběh samotného výzkumného šetření. V závěru práce se pokusím shrnout výsledky, které budou výzkumem zjištěny.

8.1 Formulace výzkumných cílů

Hlavním cílem práce je zjistit: **Jaký je přínos Center duševního zdraví pro život lidí s duševním onemocněním pohledem pracovníků CDZ.**

Hlavní cíl jsem rozdělila do čtyř dílčích výzkumných cílů, které dále uvádím jako DVC.

DVC 1: Zjistit základní informace o členech týmu?

DVC 2: Zjistit, kdo jsou nejčastější klienti Center duševního zdraví?

DVC 3: Zjistit, v čem spočívá specifika práce lidí s duševním onemocněním?

DVC 4: Zjistit, jaká je role jednotlivých členů multidisciplinárního týmu?

8.2 Transformace dílčích cílů do tazatelských otázek

Tabulka 1: Transformační tabulka

Hlavní výzkumný cíl: Zjistit, jaký je přínos Center duševního zdraví pro život lidí s duševním onemocněním pohledem pracovníků CDZ			
Dílčí výzkumný cíl (DVC)	Metody a techniky výzkumu	Indikátory	Tazatelské otázky (TO)
DVC1: Zjistit základní informace o členech týmu ?	Polostrukturovaný rozhovor	Pracovní pozice	TO1: -Na jaké pracovní pozici v CDZ působíte? (všichni pracovníci)
		Náplň práce	TO2: Co je náplň Vaší práce? (všichni pracovníci)
DVC2: Zjistit, kdo jsou nejčastější klienti Center duševního zdraví ?	Polostrukturovaný rozhovor	Diagnózy – jejich zastoupení u klientů	TO3: S jakými psychiatrickými diagnózami k vám klienti nejčastěji přicházejí? (psychiatrické sestry)
		Oblasti selhávání	TO4: S jakými nejčastějšími problémy k vám klienti přicházejí a v jakých oblastech nejčastěji selhávají? (sociální pracovníci)
		Délka využívání služeb CDZ	TO5: Jaká je průměrná délka docházení vašich klientů do centra a jakých aktivit nejčastěji klienti využívají? (sociální pracovníci)
		Význam (přínos) CDZ	TO6: Jak Vy osobně vnímáte přínos center duševního zdraví do běžného života osob s duševním onemocněním, v jakých oblastech je pro ně nejvýznamnější? (všichni pracovníci)

<p>DVC3: Zjistit, v čem spočívá specifika práce lidí s duševním onemocněním</p>	<p>Polostrukturovaný rozhovor</p>	<p>Techniky a přístupy</p>	<p>TO7: -Jaké přístupy a techniky ve své práci s klienty nejčastěji využíváte? (všichni pracovníci)</p>
		<p>Začlenění se do společnosti (socializace)</p>	<p>TO8:- Jsou ve vaší práci s klienty situace, překážky, které nemůžete změnit, kdy vnímáte, že klientům komplikují začlenění do společnosti? (všichni pracovníci)</p>
		<p>Stigmatizace</p>	<p>TO9: Jsou dle vás duševně nemocní lidé stigmatizováni? Pokud ano, v čem se to nejčastěji projevuje a -jakým způsobem se snažíte této stigmatizaci předcházet? (všichni pracovníci)</p>
		<p>Sociální rehabilitace</p>	<p>TO10: Věnujete se i sociální rehabilitaci? Pokud ano, jakou podporu svým klientům nejčastěji poskytujete? (sociální pracovníci)</p>
		<p>Návazné služby</p>	<p>TO11: Jaké návazné služby klientům dále doporučujete? (sociální pracovníci)</p>
		<p>Přínos zkušenosti s duševním onemocněním</p>	<p>TO12: Jaký je největší přínos předávání vlastních zkušeností s duševním onemocněním? (peer konzultanti)</p>
<p>DVC 4: Zjistit, jaká je role jednotlivých členů multidisciplinárního týmu</p>	<p>Polostrukturovaný rozhovor</p>	<p>Spolupráce</p>	<p>TO13: Jak funguje spolupráce mezi jednotlivými členy týmu? (všichni pracovníci)</p>
		<p>Nevýhody multidisciplinarity</p>	<p>T014: Spatřujete v multidisciplinaitě i nějaké nevýhody? (všichni pracovníci)</p>
		<p>Překážky</p>	<p>TO15: Je něco, co komplikuje vaši práci a co byste rád změnil/a, pokud byste mohl? (všichni pracovníci)</p>

Zdroj: vlastní

Nejčastěji se vyskytující odpovědi:

TO1: Na jaké pracovní pozici v CDZ působíte? (všichni pracovníci)

Vedoucí služby, psychiatrická sestra, všeobecná zdravotní sestra, sociální pracovníci, peer konzultant, klinická psycholožka

TO2: Co je náplní Vaší práce? (všichni pracovníci)

Individuální (dle pracovní pozice, podrobněji popsáno v analýze a interpretaci dosažených výsledků)

TO3: S jakými psychiatrickými diagnózami k vám klienti nejčastěji přicházejí? (psychiatrické sestry)

Schizofrenní psychózy, poruchy osobnosti, (hraniční porucha osobnosti), bipolární porucha, maniodepresivní psychóza, depresivní stavy

TO4: S jakými nejčastějšími problémy k vám klienti přicházejí a v jakých oblastech nejčastěji selhávají? (sociální pracovníci)

Sociální izolace, problémy s bydlením a financemi, neschopnost participace na společenském životě, neschopnost zvládnání běžných každodenních činností, problémy v oblastech zaměstnání, dluhy

TO5: Jaká je průměrná délka docházení vašich klientů do centra a jakých aktivit nejčastěji klienti využívají? (sociální pracovníci)

Velice individuální (cca od 3 měsíců až po dobu několika let)

Využívají: poradenství v různých oblastech, aktivizace, pomoc v oblasti hospodaření a financí, pomoc při hledání bydlení, zaměstnání, doprovody na příslušné instituce

TO6: Jaké přístupy a techniky ve své práci s klienty nejčastěji využíváte? (všichni pracovníci)

Pozorování, rozhovor, přímá práce s klienty, přímá terénní práce, přístup Zotavení, empatický přístup ke klientům, žádné speciální přístupy ani techniky se nepoužívají, inspirace metodikou CARE, nedirektivní přístup, KBT techniky a postupy, psychoedukace, nácviky soc. dovedností, asertivní komunikace, naslouchání, podpora, plánování, jasnost, přehlednost, struktura

TO7: Jak Vy osobně vnímáte přínos center duševního zdraví do běžného života osob s duševním onemocněním, v jakých oblastech je pro ně nejvýznamnější? (všichni pracovníci)

Přínos CDZ: Docílení stabilního zdravotního stavu v domácím prostředí, nejsou na problémy sami, mají možnost se na někoho obrátit o pomoc a o radu, ví, na koho se v případě krize obrátit, pomoc při komunikaci s lékaři, komplexní řešení jak zdravotních, tak sociálních problémů, ulehčení práce lékařům, častější a osobnější kontakt než s psychiatry, méně formální vztahy - větší důvěra, předcházení vzniku vážných duševních onemocnění, klienti využívající CDZ dříve ze systému „vypadávali“, nemusí za službu docházet, služba „přijede za nimi“

Nejvýznamnější je to v oblastech: socializace a vztahů, zlepšení situace v oblasti bydlení a financí, zlepšování rodinných vazeb, edukace rodiny, možnosti se léčit ve svém přirozeném prostředí, možnost pomoci včas zastavit zhoršování zdravotního stavu, současné řešení sociální a rodinné situace klienta

TO8: Jsou ve vaší práci s klienty situace, překážky, které nemůžete změnit, kdy vnímáte, že klientům komplikují začlenění do společnosti? (všichni pracovníci)

Samotné onemocnění, sociální izolace, rodina, která nesouhlasí s využíváním služby CDZ, vedlejší účinky farmatik, zdravotní stav - kdy se klient dlouhodobě neléčil, drogová závislost, „škodlivé sociální prostředí“, nedostatek motivace

TO9: Jsou dle vás duševně nemocní lidé stigmatizováni? Pokud ano, v čem se to nejčastěji projevuje a jakým způsobem se snažíte této stigmatizaci předcházet? (všichni pracovníci)

Okolí je vnímá jako nebezpečné, nedůvěra, odtažitost, strach, předsudky ze strany společnosti, obtížnost si najít bydlení i zaměstnání

Předcházení: hájení klientů před ostatními, edukace okolí, šíření osvěty, přestat se o tom bát mluvit, zapojit klienty více do společnosti, pořádání přednášek a setkání na téma duševní zdraví

TO10: Věnujete se i sociální rehabilitaci? Pokud ano, jakou podporu svým klientům nejčastěji poskytujete? (sociální pracovníci)

Nácvik pracovních dovedností, podpora při komunikaci s různými institucemi, spíše zaměřeno na psychiatrickou rehabilitaci, nácviky orientace nebo chůze pohybu po veřejných místech

TO11: Jaké návazné služby klientům dále doporučujete? (sociální pracovníci)

Služba xxx (sociální rehabilitace), pečovatelská služba, chráněné bydlení, osobní asistence, poradenské služby

TO12: Jaký je největší přínos předávání vlastních zkušeností s duševním onemocněním? (peer konzultanti)

„Spojení“ na základě stejného onemocnění, důvěra

TO13: Jak funguje spolupráce mezi jednotlivými členy týmu? (všichni pracovníci)

Skvěle, ostatní mají občas trošku jiný názor a pohled na toho daného klienta, perfektně, hierarchie mezi jednotlivými pracovními pozicemi

T014: Spatřujete v multidisciplinarnosti i nějaké nevýhody? (všichni pracovníci)

90% shoda, téměř nikdo nespatřuje v multidisciplinarnosti nevýhody, 1 osoba udává riziko přebírání kompetencí toho druhého, je obtížné přijmout do týmu psychiatra

T015: Je něco, co komplikuje vaši práci a co byste rád změnil/a, pokud byste mohl/a? (všichni pracovníci)

Velmi dlouhé - každodenní porady, (vadí úplně všem kromě vedoucího), osobní překážky (nedostatečné vzdělání, nedostatek energie na práci plynoucí z nedostatečného starání se sám o sebe), překážky na straně klienta (ruší schůzky apod.), povinná administrativa, byrokracie, špatně nastavený systém sociálních dávek, nedostatek psychiatrů i psychiatrických sester v rámci celé republiky

8.3 Použitá výzkumná strategie a technika

Praktická část mé práce zkoumá, **Jaký je přínos Center duševního zdraví pro život lidí s duševním onemocněním pohledem pracovníků CDZ**. Pro naplnění tohoto hlavního výzkumného cíle bakalářské práce, jsem zvolila kvalitativní výzkum a k dosažení výzkumného cíle budou použity polostrukturované rozhovory.

Kvalitativní výzkum je empirickým výzkumem, který zahrnuje popis a interpretaci sociálních nebo individuálních problémů a jeho podstatou je vytvoření komplexního, holistického obrazu o zkoumaném jevu. Místo hypotéz se formulují výzkumné otázky, které reprezentují ty aspekty a skutečnosti, které chceme zkoumat (Sobotková, 2003). Jedná se o nenumerické šetření a interpretaci sociální reality (Disman in Reichel, 2009). Tato metodologie se nehodí na všechny problémy, hodí se tehdy, pokud chceme odhalit podstatu některých problémů či pokud chceme „proniknout“ do doposud nepřiliš prozkoumaného jevu, či chceme odhalit význam autentických osobních zkušeností nebo nějaké aspekty vnitřního světa nějaké osobnosti (Reichel, 2009).

Výzkumník v kvalitativním výzkumu se snaží o sblížení se zkoumanými osobami, o proniknutí do situace, ve kterých vystupují, protože díky tomu jim pak může porozumět a může je popsat. Hlavním cílem je porozumět člověku, tedy především chápat jeho vlastní hlediska – jak on vidí věci a posuzuje jednání. Tento výzkum

zajímá spíše konkrétní případ: je podrobným popisem tohoto případu, cílem není široké zevšeobecnění údajů, ale hluboké proniknutí do konkrétního případu a objevení nových souvislostí, které se hromadným výzkumem nedají odhalit (Gavora, 2000).

Technikou, která je v kvalitativním výzkumu hojně využívaná, je rozhovor. „*Polostrukturovaný rozhovor (nebo též rozhovor pomocí návodu/ částečně řízený) se vyznačuje tím, že má připraven soubor otázek/témat, který bude jeho předmětem dotazování, aniž by bylo předem striktně stanoveno jejich přesné pořadí*“. Formulace pokládaných otázek může být i částečně pozměňována, ale nezbytné je, aby byly probrány všechny. „*Jiné aplikační varianty zase umožňují, aby tazatel případně pokládal doplňující otázky*“. **Výhodou** polostrukturovaného rozhovoru jsou především flexibilita, možnost reagovat na subjekt a využít jeho osobnostních specifik. **Nevýhodou** pak naopak může být časová a psychická náročnost. Tazatel musí také dobře a podrobně znát téma a musí být schopný aktivně na subjekt reagovat (Reichel, 2009:110–112).

8.4 Výzkumná lokalita a výzkumný vzorek

Kvalitativní výzkumná strategie byla vykonávána v Centru duševního zdraví v jednom okresním městě, ve východních Čechách, které má zhruba 16 000 obyvatel. O tomto CDZ se již zmiňuji v teoretické části této práce.

Záměrně neuvádím, o které CDZ se jedná, abych zachovala anonymitu všech mých komunikačních partnerů a aby nebylo ohroženo jejich postavení v pracovním týmu.

Nejdříve jsem oslovila vedoucího tohoto CDZ a stručně jsem mu představila svoji bakalářskou práci a její výzkumný cíl. Když souhlasil s tím, že u nich mohu svůj výzkum vykonat, předal mi kontakty na jednotlivé členy multidisciplinárního týmu, se kterým jsem si potom domluvila individuální schůzky dle jejich časových možností. Výzkumního šetření se zúčastnilo celkem **devět osob** z deseti oslovených a jednalo se o čtyři muže a pět žen. Konkrétně se pak jednalo o osoby, které pracují na následujících pracovních pozicích: vedoucí týmu (který je zároveň profesně sociální pracovník i psychiatrická sestra), všeobecná zdravotní sestra, psychiatrická sestra, sociální pracovník, peer konzultant a klinická psycholožka. Výzkumné šetření

probíhalo formou **osobního kontaktu** v zasedací místnosti CDZ. Rozhovory probíhaly individuálně, bez přítomnosti dalších osob, vždy v předem dohodnutý den a čas. Celé výzkumné šetření proběhlo během měsíce ledna, vyjma jednoho rozhovoru, který proběhl na začátku února. Průměrná délka rozhovoru trvala 30 minut. (Nejdelší rozhovor trval 40 min., nejkratší, s teprve zaškolující se pracovníci, pouze 10 minut). Odpovědi jsem si nahrávala jak na mobilní telefon, tak i na diktafon a tato data byla dále použita k následnému přepisu.

Tabulka 2 Komunikační partneři

Označení komunikačních partnerů	Stručná charakteristika komunikačních partnerů
KP1	Muž, pracovní pozice: sociální pracovník
KP2	Žena, pracovní pozice: psychiatrická sestra
KP3	Žena, pracovní pozice: všeobecná zdravotní sestra
KP4	Muž, pracovní pozice: sociální pracovník
KP5	Muž, pracovní pozice: vedoucí služby
KP6	Žena, pracovní pozice: všeobecná zdravotní sestra
KP7	Žena, pracovní pozice: sociální pracovníce
KP8	Muž, pracovní pozice: peer konzultant
KP9	Žena, pracovní pozice: klinická psychologka

Zdroj: vlastní

8.5 Cílová populace

V kvalitativním výzkumu většinou není možné zkoumat celou skupinu. Objektem studia je zpravidla pouze část dané skupiny a je tedy žádoucí, aby vzniklé závěry byly platné pro celou skupinu (Disman, 2008). Dále Disman (2008:93) vymezuje pojem „*populace (neboli základní soubor)*“, který podle něj znamená „*soubor jednotek, o kterém předpokládáme, že jsou pro něj naše závěry platné.*“

Pro svůj výzkum jsem použila **účelový výběr**. Účelový výběr bývá charakterizován jako výběr založený pouze na úsudku výzkumníka, který rozhoduje o tom, co by mělo být pozorováno a o tom, co je možné pozorovat. Jeho závěry takřka nikdy nelze

příliš zobecnit. Výzkumník musí jasně, přesně a otevřeně definovat populaci, kterou jeho vzorek opravdu reprezentuje.“ (Disman, 2008:112–113).

Tento výběr jsem použila proto, že jsem měla předem jasně stanovené koho hledám-zamýšlela jsem oslovit celý multidisciplinární tým CDZ a mělo se jednat o CDZ, které je v okrese mého bydliště, abych o něm mohla zjistit co nejvíce informací a navázat s nimi případnou další profesní spolupráci. (Dříve jsem se během své profese s lidmi s duševním onemocněním setkávala, avšak toto CDZ nebylo v té době ještě v provozu).

Pro účely mého výzkumu jsem tedy oslovila předem vybrané CDZ, a oslovila jsem celý jejich multidisciplinární tým, abych zjistila jaký je jejich pohled na to, jaký je hlavní přínos center duševního zdraví pro lidi s duševním onemocněním. Výzkum jsem chtěla provést s celým multidisciplinárním týmem bez ohledu na jejich vzdělání, pracovní pozici či délku praxe. Kritérium pro výběr těchto osob byla pouze ochota se výzkumu zúčastnit. Z deseti oslovených osob s výzkumem všichni souhlasili, avšak rozhovory byly nakonec vykonány pouze s devíti komunikačními partnery. Jedna osoba se ze zdravotních důvodů a delší pracovní neschopnosti, nakonec výzkumu zúčastnit nemohla.

8.6 Etika výzkumu

Domnívám se, že etikou výzkumu se musí zabývat každý, kdo se rozhodl pro kvalitativní výzkum. Než začneme výzkum realizovat, měli bychom získat **souhlas** od všech účastníků výzkumu. Souhlas k účasti na výzkumu může mít buď ústní, nebo písemnou podobu. V případě ústního souhlasu je vhodné si jej nahrát na diktafon spolu s krátkou charakteristikou samotného výzkumu a ujištěním o důvěrnosti získaných dat (Dohnalová, 2014). Tímto způsobem jsem postupovala i já a od svých komunikačních partnerů jsem získala ústní souhlas, který jsem si nahrála na mobilní telefon.

Další velice důležitou věcí, kterou bychom měli respektovat je **soukromí** a **důvěra**. Nikdy bychom neměli zveřejňovat žádná data, která by umožnila čtenáři identifikovat účastníky výzkumu. Pokud toho výzkumník nemůže dosáhnout, neměl by výzkumnou zprávu vůbec publikovat, tvrdí Švaříček a Šeďová (2007).

Při kvalitativním rozhovoru je mnoho příležitostí, kdy se účastník vyjadřuje k emočně citlivé záležitosti. Obvykle se může jednat o citlivé otázky jako je rozvod, smrt, násilí, potíže v práci apod. (Hendl, 2016). V mém případě se jednalo především o otázky spojené s fungováním týmů. Několikrát jsem proto informanty ubezpečila, že nikde nebude uvedeno jejich jméno a ani že nebudu výsledky svého šetření předávat vedoucímu CDZ. Odborná literatura uvádí, že pokud mají ti, kdo se výzkumu zúčastnili, zájem o výsledky realizovaného výzkumu, je užitečné jim tyto výsledky vhodnou formou sdělit. Sdělení by však mělo mít obecnější charakter a nikdy by neměla být uváděna případná zjištění adresného osobního typu, která by se mohla zejména při veřejném publikování někoho citlivě dotknout (Pelikán, 1998).

V mém případě se jednalo spíše o informace, které by mohly nějakým způsobem ohrozit pracovní pozici dotazovaných. Právě z tohoto důvodu jsem všechny informanty ujistila, že informace, které pro svůj získám, budou použity pouze pro účel mé bakalářské práce a nikde jinde se neobjeví. Všechny zúčastněné jsem ujistila, že se zavazuji k dodržování **etických zásad** a že jim mohu zaručit **anonymitu**. Nikde neuvádím jména informantů, (v textu pro ně používám označení I1-I9) Stejně tak záměrně ani neuvádím CDZ, ve kterém byl výzkum prováděn, pouze uvádím přibližnou lokaci tohoto města, které se nachází ve východních Čechách.

Při rozhovorech s jednotlivými pracovníky jsem se snažila navázat přátelský a důvěrný vztah, aby byl každý informant co nejotevřenější a jeho odpovědi byly pokud možno upřímné a autentické. Vždy jsem si však „držela profesionální „odstup tak, jak je to důležité i při vztahu sociálního pracovníka a klienta.

8.7 Způsob zpracování údajů

V následující podkapitole popíši, jakým způsobem jsem zpracovávala data, která jsem získala od svých komunikačních partnerů, během šetření, které jsem v CDZ vykonávala.

Informace, které mi byly prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s informanty poskytnuty, jsem si nahrávala jak na mobilní telefon, tak i na diktafon, pro případ, že by došlo ke ztrátě dat na jednom ze zařízení. Tyto data jsem dále

přepisovala do počítače a získala jsem tak tzv. transkripci. Odborná literatura uvádí celkem **čtyři druhy transkripce**, a to transkripci doslovnou, komentovanou, shrnující protokol a selektivní protokol (Hendl, 2016). Já jsem použila **doslovnou transkripci**, což znamená, že jsem převedla mluvený projev do písemné podoby. Následně jsem pak z textu vymazala pouze velmi často vyskytující se příslovce typu „vlastně“, „jakože“ či citoslovce jako „ehm“. Doslovná transkripce, jak uvádí odborná literatura, je velmi časově náročná, což mohu potvrdit i z vlastní zkušenosti. Dále jsem použila techniku tzv. **otevřeného kódování**. *„Kód můžeme chápat jako základní významovou jednotku textu, která pojmenovává textový segment“*. *„Jedná se vlastně o zástupný symbol připsaný dané informaci“* (Mioviský in Hricová, Ondrášek a Urban, 2023:133). Kód se vytváří tak, že se opakovaně pročítá přepsaný text a úsek, který má nějaký význam a potom mu přiřadíme stručný tematický název-kód. Při četbě textu se zamýšlíme, co bylo řečeno a jaký význam to nese. Kódem pak může být i jedno jediné slovo. Název kódu se pak vytváří stručně, ale ne příliš obecně. Bývá jedno či několika slovný a výstižný. Kódovat pak lze dvojím způsobem a to buď písemnou formou do předem vytištěného textu (tzv. „záznam tužka- papír). Tento způsob byl dříve hojně využíván a jeho „přednost“ je v tom, že „navozuje intimnější sepětí“ výzkumníka s textem a nebo lze kódovat prostřednictvím textového dokument (Hricová, Ondrášek a Urban, 2023:133–134). Tuto možnost jsem využila já a kodovala jsem v počítači, v programu MS Word, kdy jsem kódy zaznamenávala v podobě komentáře přiřazeného označenému úseku či citaci. V průběhu kódování jsem si pak vytvářela seznam kódů. Ten bývá v odborné literatuře nazýván jako codebook. Po určité době dochází k tomu, že se kódy začínají opakovat (hovoří se o tzv. tematickém sycení), až dojde k vysycení souboru a není již potřeba oslovovat další informanty, protože by pravděpodobně „nepřinesli“ již žádné nové informace (Hricová, Ondrášek a Urban, 2023).

8.8 Reflexe etických rizik výzkumného šetření

Během psaní této bakalářské práce bychom mohli narazit na několik etických rizik, která jsou s výzkumem, který jsem prováděla spojená.

Prvním problémem by mohlo být, že nebudu **mít dostatek informantů**, kteří budou ochotni se výzkumu zúčastnit. Dalším problémem, který by mohl nastat, je, že by mi nedali **informovaný souhlas**, nebo že by nesouhlasili s tím, že budu rozhovory nahrávat, což by mi pak velmi zkomplikovalo pozdější přepisy rozhovorů. Z toho důvodu jsem také všem informantům zdůraznila, že mnou provedený výzkum je anonymní a že se získanými daty budu nakládat bezpečně a že budou použity pouze pro účel tohoto výzkumu.

Další úskalí toho výzkumu je v tom, že výzkum probíhal pouze v **jedné organizaci** a získaná data tak nebudou s největší pravděpodobností platná či zobecnitelná na celou populaci.

Posledním rizikem tohoto výzkumu by mohl být i špatné „uchopení“ praktické části, které by mohlo být způsobeno malými zkušenostmi v oblasti psaní odborných prací.

9 Analýza a interpretace dosažených výsledků

Tato kapitola se bude zabývat **popisem a vysvětlením výsledků**, které jsem ve svém výzkumu zjistila. Výzkum byl realizován prostřednictvím **polostrukurovaných rozhovorů**. Výsledky byly zjištěny prostřednictvím **čtyř dílčích výzkumných cílů**, které jsem si na začátku své práce stanovila. Prvním dílčím cílem bylo zjistit, **na jaké pracovní pozici informaci působí a co je jejich náplní práce**. Druhý dílčí cíl **zjišťoval s jakými klienty multidisciplinární tým CDZ nejčastěji pracuje**. Třetí dílčí zkoumal **specifika práce lidí s duševním onemocněním**. Prostřednictvím posledního dílčí cíle jsem pátrala po tom, **jak multidisciplinární tým funguje a jaká je jeho role**.

U dílčích výzkumných cílů jsem většinou ponechala přímé výroky informantů, aby byl patrný jejich postoj k vybraným tématům a otázkám. Přímé odpovědi informantů jsou označeny **kurzívou**, aby bylo přehledné odlišení od zbylého textu. Pro označení informantů jsou používány zkratky: **I1, I2, I3, I4, I5, I6, I7, I8, I9**.

DVC 1: Zjistit základní informace o členech týmu.

K dosažení toho cíle byly informantům položeny dvě otázky. TO1 se ptala na to, jaká je jejich **pracovní pozice**. Jednalo se o následující pracovní pozice: **vedoucí služby, psychiatrická sestra, všeobecná zdravotní sestra, sociální pracovníci, peer konzultant, klinická psycholožka**.

TO2 pak zjišťovala, jaká je **pracovní náplň**. Jednotliví pracovníci pak jako svoji náplň práce nejčastěji uváděli:

VEDOUcí PRACOVNÍK: vedení kolektivu, metodické vedení služby, rozvoj služby, ukotvování služby v rámci komunity, kontakt s okolními službami

PSYCHIATRICKÉ A VŠEOBECNÉ ZDRAVOTNÍ SESTRY: Mapování zdravotní situace u klientů, zajišťování léků a průběhu léčby, chystání léků, edukace ohledně léčby, objednávání a zajišťování další lékařské péče u specialistů, následně doprovody k lékařům na kontroly, vyplňování zdravotních karet

SOCIÁLNÍ PRACOVNÍCI: Řešení problémů v sociální oblasti, pomoc v oblasti bydlení, dopomoc při podávání žádostí o různé sociální dávky, zajišťování dalších sociálních příjmů, invalidních důchodů, pomoc při hledání, zaměstnání, řešení finanční situace klientů, doprovod klientů na příslušné instituce

PEER KONZULTANT: poskytování podpory a odborných znalostí prostřednictvím sdílení vlastní zkušenosti s duševním onemocněním,

KLINICKÁ PSYCHOLOŽKA: psychoterapie s klienty, vyšetření (cílené/komplexní), telefonické konzultace s klienty, domluvy apod., vstupní konzultace s novým klientem, navštěvování klientů doma, v nemocnice, nebo jinde, procházka, krizová intervence

DVC 2: Zjistit, kdo jsou nejčastější klienti Center duševního zdraví.

Druhý dílčí cíl zjišťoval, s **jakými klienty multidisciplinární tým CDZ nejčastěji pracuje**. K dosažení tohoto cíle byly použity TO3- TO6. První otázka, TO3, kterou jsem informantům pokládala, byla, s **jakými psychiatrickými diagnózami** klienti nejčastěji do CDZ přicházejí. Tuto otázku jsem pokládala pouze psychiatrickým a všeobecným zdravotním sestřám, protože tato otázka se týká zdravotní části CDZ. Informantky (I2, I3, I5) odpovídaly shodně a to, že se nejčastěji jedná o klienty **se schizofreniemi psychózami, poruchami osobnosti, bipolární poruchou, depresivními stavy a úzkostmi**.

Další otázku TO4, na kterou jsem se informantů ptala, bylo, s **jakými nejčastějšími problémy klienti do CDZ přicházejí a v jakých oblastech nejčastěji selhávají**. Na tuto otázku jsem se naopak ptala pouze sociálních pracovníků (I1, I4, I7), protože se jedná o sociální oblast. U této otázky **panovala shoda** a informanti uváděli, že se nejčastěji jedná o tyto problémy a oblasti **selhávání: sociální izolace, neschopnost plně se obecně participovat na společenském životě, špatná finanční stránka a s tím spojené bydlení, oblast zaměstnávání**. Nejčastěji, jak uvádí především I1, I4 a I7, **pak klienti selhávají ve vztazích**, jak v těch rodinných, tak ve vztazích celkově a nejsou schopni vztahy navázat ani si je udržet. I1 říká: *„Dále, je to pak taky **aktivizace**, kdy vzhledem k tomu psychiatrickému onemocnění hodně klientů se **uzavírá** buď do sebe, nebo jsou **izolovaní** třeba po nějaké*

dlouhodobější hospitalizaci. A jelikož my vidíme, že ta aktivizace a nějaký zapojení do toho běžného života a ten kontakt s běžným životem je hodně důležitý pro zdraví těch jedinců, tak se snažíme i aktivizovat, zvát i na různé své svépomocné skupiny. Navštěvovat je, hrát s nimi i třeba prostě obyčejný deskový hry, aby nějakou tu aktivizaci měli, aby nebyli úplně izolovaný, protože máme klienty, kteří nemají absolutně nikoho. A ta naše společnost jim pak dělá zpětně dobře. „

I4 pak dodává: „*Někteří klienti selhávají jenom částečně, některý hodně, některý úplně a buďto v jedné oblasti, nebo ve více oblastech, takže ono se to nedá tak jednoznačně říct, ale především je to vlastně vůbec nějaká, až řeknu obecně nějaká schopnost žít normální život, postarat se sám o sebe. Jo, že ty lidi prostě mají velkej problém s tím to vůbec jako zvládat, jako třeba jít jenom mezi ostatní lidi. “*

Sociální pracovníci, jak jsem již zmínila, uváděli jako častou **oblast selhávání oblast zaměstnání**, proto jsem jim položila další doplňující otázku, která se toho týkala. Ptala jsem se na to, **jak jsou v nalezení práce pro klienty úspěšní a kolik klientů se zhruba dokáže normálně začlenit do nějakého pracovního procesu, jaká je zhruba úspěšnost**. Na tuto otázku mi I4 odpověděl: „*Nízká, protože jednak ty pracovní příležitosti pro tyhle ty lidi jsou hodně, hodně omezený, a pokud se pro ty lidi nějaká práce vůbec sežene, tak oni nejsou schopný, aspoň teda většina z nich není schopná nějaké normální plnej úvazek. Plný úvazek v žádném případě, většinou tak poloviční maximálně a nebo na 2 -3 hodiny denně. No a některý se s tím takhle sžijou a jsou schopný takhle žít, prostě pracovat a některý třeba po nějakým čase zjistí, že nemůžou a zas přijde nějaká ataka tý nemoci nebo něco takovýho a s tou prací musí stejně skončit. Nebo aspoň na nějaký čas. Jo, takže to je hodně takový proměnlivý a řekl bych jako i náročný a ten výsledek tam kolikrát není, nebo třeba na chvíli, ale pak do všechno zase spadne a musí se zase vrátit zpátky na začátek, jakoby na startovací čáru, takže takhle to je. “*

Při **problematicke zaměstnávání** jiná sociální pracovnice (I7) zmiňuje i další **komplikace**, proč je pro osoby s duševním onemocněním velmi těžké si najít nějaké zaměstnání. Říká, že je to pro ně velmi obtížné nejen kvůli své **diagnóze**, kdy tito lidé **mají problém se začlenit do nějakého kolektivu**, mají strach třeba jenom vyjít z domu. Díky své nemoci, lékům a dennímu režimu **nemohou pracovat na směny**

a naopak **potřebují zkrácené úvazky**, ale také říká, že se často potýkají s **diskriminací ze strany zaměstnavatele**. A I7 popisuje: „*Když kolikrát řeknou, že jsou osoba s invaliditou, tak se lidé často ptají na to, proč.*“ „*A pak se často nějakou oklikou objeví nějaký jiný důvod, proč to najednou nejde, toho klienta přijmout.*“ „*Ta psychiatrie je takový velký stigma.*“

Pátou výzkumnou otázkou jsem pak zjišťovala, **jaká je průměrná délka docházení klientů do CDZ a jakých aktivit nejčastěji klienti využívají**. Na tuto otázku jsem se opět ptala pouze sociálních pracovníků. **Sociální pracovníci se shodují**, že je to **velmi individuální**, což dokládají následující odpovědi: I7: „*Jsou lidi, který my máme 3 měsíce v péči a už u nich vidíme tak velký zlepšení, víme, že jako za 3 měsíce je budem předávat do sociální rehabilitace a že se ten zdravotní stav fakt nějakým způsobem stabilizoval, že to byl prostě jenom nějaký „výkyv“ a pak jsou lidi, u kterých víme, že to bude pravděpodobně na celý život.*“

I1: „*U někoho to je nekonečná spolupráce, protože nikoho nemají. Ta jejich nemoc je hodně limitující, takže to jsou opravdu **dlouhodobý spolupráce**. Pak máme třeba některý klienty **rok**, nebo klidně jen **3 měsíce**“.*

I4: „*Někdy jsou to lidi, který tu pomoc potřebují pořád, my se vlastně snažíme nějakým způsobem ty lidi dostat zpátky do života. Snažíme se jako né dělat věci za ně, ale s nima a vrátit jim ty kompetence, aby ty věci dokázali dělat sami. Ale samozřejmě hodně záleží i na ostatních faktorech, jako v jakým ty lidi žijou prostředí, co jejich rodina, jakým způsobem funguje, jestli vůbec mají nějakou rodinu, jestli ty lidi nejsou na všechno úplně sami...ale je to strašně individuální, to se jako nedá říct nějak komplexně, nebo to nějak zobecnit.*“

Klienti, jak uvádí I1, I4, a I5, pak dále **nejčastěji využívají: poradenství, aktivizace, pomoc se zajištěním sociálních příjmů, pomoc v oblasti financí, bydlení a zaměstnávání**.

Šestou výzkumnou otázku jsem pokládala celému multidisciplinárnímu týmu a ptala jsem se na to, **jak vnímají přínos center duševního zdraví do běžného života osob s duševním onemocněním, v jakých oblastech je to pro klienty nejvýznamnější**.

Odpovědi od informantů **byly velice různorodé**, proto uvádím přímé citace některých z nich.:

I2: „*Je to **velká pozitivní změna směrem ke klientům, převážně proto, že ti klienti mohou, pokud se nám podaří, naší zdravotnickou péčí, docílit stabilního stavu, zůstat ve svém domácím prostředí a také se tím omezují hospitalizace.***“

I3: „*Že na to nejsou sami, že mají možnost se na někoho obrátit o **pomoc a o radu.** A taky že je hned, při nějakým prvním konfliktu, někdo prostě někam nazavře a **nemusí se v té své odlišnosti hned bát hospitalizace.** Mají se na koho obrátit, mají tu **podporu a oporu těch pracovníků.*** „

I4: „*CDZ je jakýsi **mezičlánek mezi tím člověkem a tím psychiatrem.** A hlavně se tady můžou řešit jak ty věci **zdravotní, tak i sociální** a nemusej se ty lidi hnedka **objednávat k doktorovi a nemusejí čekat.** A taky to těm doktorům **ulehčí práci.** A taky ty **vztahy** jsou tady takový **miň formální** a ty lidi nám mnohdy **víc důvěřují,** než těm doktorům.“*

I5: „*Je to služba, která tady předtím nebyla. Klienti, než tady bylo CDZ, z toho systému dřív **vypadávali.** **Obrovská výhoda** centra duševního zdraví je to, že jsme **terénní službou,** která může tu léčbu k tomu klientovi „dovízt“ . „*

I7: „*Velice důležité to je i v oblasti, co se týká **edukace ohledně léků,** jako co ten lék může dělat a jak s tím teda vlastně pracovat dál, nebo kterej lék vlastně můžu zase vzít na základě toho, že mám teda nějaký příznaky a nějakou krizi, což todlencto často v těch nemocnicích jako neslyší. „*

I9: „*Vnímám to jako skvělý způsob, jak je **zapojit zpět do běžného fungování** a nejvýznamnější je to především v práci se samotným duševním onemocněním a jeho aspekty, ale také v **současném řešení sociální, zdravotní a rodinné situace** klienta.“*

DVC3: Zjistit, v čem spočívá specifika práce lidí s duševním onemocněním.

K dosažení tohoto dílčího výzkumného cíle byly informantům položeny tazatelské otázky TO7-TO12.

Sedmou otázkou, položenou všem členům týmu CDZ, jsem zjišťovala, **jaké přístupy a techniky ve své práci s klienty nejčastěji využívají.** Převážná část dotazovaných uvádí, že využívá: **přímé terénní práce, (I1) přímé podpory s klienty (I2), formu podpůrného rozhovoru, (I1) pozorování, individuální, nedirektivní přístup, (I6) formu otevřených otázek, (I8) aby klienti mohli mluvit více otevřeně.** Vedoucí služby (I5), říká, že jejich služba vychází z **metodiky CARE.** Psycholožka (I9), uvádí jako své techniky a přístupy: **KBT techniky a postupy, psychoedukaci, ,návky soc. dovedností, asertivní komunikaci, naslouchání, podporu, plánování, jasnost a přehlednost.**

Někteří sociální pracovníci říkají, že **nepoužívají žádné speciální techniky** a doplňují: I7: *„Já osobně s nimi nejčastěji pracuju formou rozhovoru, ale v podstatě jako nevyžívám nic moc jiného než takovej ten lidskej přístup a běžný hovor ze, kterýho někam směřuji, takže nevyžívám vyloženě nějakou speciální techniku.“*

I4: *„Takovej celostní princip, že vlastně my musíme toho člověka brát celkově jaký je, z té zdravotní i sociální stránky. Nepoužíváme žádný speciální techniky nebo tak něco, je to spíš o nějakých zkušenostech, nebo o nějakým tom citu, protože o tom ta naše práci je.“*

Osmou otázkou v pořadí bylo, **zda pracovníci nalézají ve své práci s klienty situace a překážky, které nemohou změnit a kdy vnímají, že jim to komplikuje začlenění do společnosti.** V první řadě pracovníci (především I2, I4, I7) uváděli, že je to **samotné onemocnění,** které ti klienti mají. Jako velkou překážku vnímají jejich **obavu chodit mezi ostatní lidi,** protože mnohdy tráví mnoho času sami doma, **izolovaní** od okolí. Někteří pracovníci (I1, I4, I5) uvádějí, že je to **rodina,** kdo je mnohdy „**velkou překážkou**“, protože rodina si často **nepřeje,** aby s nimi jejich rodinný příslušník **spolupracoval.** A tuto situaci dále popisují: I1: *„Je to trošku zajímavý, ale někdy to bejvá samotná rodina, kdy máme třeba jednu potenciální klientku, která je naprosto pod vlivem matky, která nesouhlasí, aby s námi spolupracovala, takže tady vidíte tu dichotomii, kdy ta rodina je někdy strašně důležitá a dokáže působit jak pozitivně, tak i negativně, protože poměrně hodně klientů je na svých rodičích závislých.“* Na tuto problematiku upozorňuje i odborná

literatura, ve které se objevuje obava z toho, že jednou z překážek vedoucí k uzdravení, kterou bude muset klient na své „cestě“ překonat, může být i jeho rodina. (Mahrová a Venglářová, 2008).

Často jsou to také **překážky na straně institucí, opatrovníků nebo překážky na straně systému**, jak shodně odpovídají I1, I4 a I5. Jako velká překážka je pracovníky vnímána i **dlouho neléčená nemoc**, kdy klienti (např. se schizofrenií), pokud se dlouho neléčili, mají již **trvalé psychotické příznaky** doprovázené bludy a halucinacemi, ikdyž se nyní léčí. **Peer konzultant** vidí velký **problém i v sociálním prostředí**, které má na klienty špatný vliv a říká: I8: „Často to jsou třeba i **drogy**, třeba **drogová závislost a problémem** je to, že jsou v **prostředí**, který má na ně **špatný vliv**, takže jsou radši zavření doma, protože když vyjdou ven, tak akorát zase navážou zpátky na to, kde byli předtím, takže by museli **změnit úplně prostředí**, jako třeba město, aby zase nespadli zpátky mezi ty svoje kamarády.“

Sociální pracovník prohlásil: I1: „Někdy to můžou být i **samotný léky**, který **hendikepuje** toho klienta, kdy třeba má tolik léků, kterého tak **tlumí**, že není schopen třeba nějakého **sociálního kontaktu**. Takže už to tak je. Jsou to dvě různé stránky, kdy ty léky jsou nutný, ale na druhou stranu působí problémy. Všeobecná zdravotní sestra k tomu dodává: I6: „**Problémem jsou často léky**, které na ně působí tak, že jsou takový jako **emočně zpoštělý**, takže si **hůř hledají** nějaký **přátel**. Jsou takový plachý, mají **strach z kontaktu s ostatníma lidma**.“

Jsou i pracovníci jako jsou I5 a I7, kteří vnímají **překážky jako výzvu**, která se má **překonat**.

Devátá tazatelská otázka byla zaměřená na **stigmatizaci a na to, zda jsou duševně nemocní lidé stigmatizováni a pokud ano, jak se tato stigmatizace projevuje a jakým způsobem se jí snaží předcházet**. Na tuto otázku jsem se ptala všech pracovníků a všichni, bez výjimky se shodli na tom, že **duševně nemocní lidé jsou stigmatizováni**. Jako nejčastější projevy uvádějí **znevýhodnění v oblasti zaměstnávání i bydlení**, kdy mají tyto lidé **těžší přístup ke komerčnímu bydlení** i např. některým chráněným bydlení, kdy sociální pracovníce přímo zmiňuje jedno zařízení, které nepřijímá osoby s duševním onemocněním. Dále pracovníci uvádějí

velmi časté **předsudky** ze strany veřejnosti i lékařů. I1 popisuje: „*Vnímáme to v každodenním kontaktu i třeba, když jdeme s těmi lidmi na kontrolu k lékaři k praktickému, tak se prostě k němu, k tomu klientu divně chovají. Divně se na něj koukají.*“ I2 s tímto výrokem souhlasí: „*Projevuje se to především v **předsudcích** okolí, kdy si ty lidé často myslí, že duševně nemocní lidi můžou být pro svoje okolí **nebezpečí.***“ I 18 s tímto tvrzením souhlasí: „*Tak ta společnost na ty lidi občas nahlíží s **nedůvěrou.** Jsou takový **odtažití.***“ „*Myslím, že takovej obecněj pohled na věc, že když řeknou, jako teď pustíme, vrátíme lidi s duševním onemocněním do domácího prostředí, tak všichni dostanou hned **strach.** Byly dokonce i nějaký studie, kde zjišťovali, koho by lidé nechtěli za souseda a ty lidi se zkušeností s duševním onemocněním byli strašně vysoko, jakože že ty lidi z těch nemocných mají strach, že by prostě mohli být **nebezpeční.** Ale ono je to taky i dost způsobený těma zprávama v televizi, že jo, kdy prostě jednou nebo dvakrát za rok se něco stane a všichni nezapomenou hned říct, že to udělal duševně nemocnej.*“ Vedoucí služby (I5) také připouští: „*Velká **stigmatizace je i v tý odborný sféře,** kdy se snažíme vysvětlovat kolegům z pečovatelských služeb, opatrovníkům, já nevím, komu všemu ještě, kdo, když slyšel, že je to psychiatrický pacient, tak nevědí, co si o tom mají myslet.*

Zároveň však **většina pracovníků** (kromě I6) **pozoruje**, že se situace za posledních několik let **zlepšila** a že se **lidé přestávají o svých problémech bát mluvit.**

K tomu, jak se **stigmatizaci snaží přecházet**, nejčastěji uvádějí, že dělají různé **přednášky, společná setkávání, besedy, akce, jako jsou výlety sportovní aktivity, hry.** Všeobecné zdravotní a psychiatrické sestry uvádějí **i společné porady**, na kterých se vzájemně edukují a domlouvají se, „kam budou ve své práci směřovat“ a **peer konzultant** se účastní **přednášek** na středních školách, kde v rámci **destigmatizačního programu hovoří o Zotavení prostřednictvím svého osobního příběhu.**

Prostřednictvím desáté tazatelské otázky jsem se sociálních pracovníků ptala na to, **zda se věnují sociální rehabilitaci a jakou podporu svým klientům nejčastěji poskytují.** Všichni dotazovaní odpověděli, že **ano.** Co se týče **nejčastější podpory**, v rámci sociální rehabilitace, uvádějí, že se často jedná o: **různé tréninky, paměti,**

tréninky motorických dovedností, nácviky pohybu po městě nebo na jiných veřejných místech, nácviky jízdou dopravními prostředky, nácviky orientace na různých místech. Také udávají, že se věnují **pracovní rehabilitaci** a že se často své klienty **podporují v komunikaci s institucemi**. Vedoucí služby k tomu ještě dodává, že spíše než sociální rehabilitaci se věnují **psychiatrické rehabilitaci** a popisuje, **jaký je mezitím rozdíl**: „I5: *Jo, takže pokud bych měl mluvit o sociální rehabilitaci, tak budu asi odpovídat tou formou tak, jak to je v zákoně napsaný, že děláme takový ty nácviky a kontakt s prostředím a aktivizace a tydlencty záležitosti. Ale řekl bych, že děláme spíš tu psychiatrickou rehabilitaci. Tam je kladen větší důraz na zdravotní stav toho klienta, protože nemůžu rehabilitovat člověka, který je teď po akutní fázi, prostě to je jako bychom chtěli po člověku se zlomenou nohou, aby za 14 dní zase běhal.*“

TO11 byla zaměřena na to, **jaké další návazné služby svým klientům doporučují**. Nejčastější odpovědi byly takové, že se jedná o: **poradenské služby** (např. Občanské poradny), **SAS, pečovatelskou službou, osobní asistenci, chráněná bydlení a také spolupráci s dobrovolnickým centrem**. I1 řekl: „*Jsou lidi, který třeba nemá ani nějaký velký zdravotní nebo sociální problém, ale jsou jenom opuštěný. Jsou prostě v sociální izolaci a ty lidi potřebují, aby za nimi někdo přišel, aby si nima popovídal.*“

Lidem, kteří mají **stabilizovaný zdravotní stav**, také doporučují služby **sociální rehabilitaci**. Vedoucí služby (I1) také říká, že se často snaží **motivovat klienty k práci** a popisuje: „*No hodně doporučujeme práci, protože to zaměstnání je pro ně hrozně fajn z mnoha důvodů. Vždycky říkám klientům, že vedle toho, že z toho získáte prachy, tak získáte i hezkou strukturu dne jo, bude se vám ten den hezky strukturovat a získáte vztahy. Já někdy říkám, že lepší jsou blbý vztahy než žádný vztahy.*“

TO12 jsem položila **pouze peer konzultantovi** a jednalo se o otázku, která zjišťovala, **v čem spočívá největší přínos předávání vlastních zkušeností s duševním onemocněním**. I8: „*No v tom vlastním příběhu je hlavně potřeba nějaká **autentičnost**, abych toho člověka nějak zaujal. Já se tam taky dost snažím hledat nějaký společný vodítka nebo nějaký takový **záchytný body**. Společný body,*

který nás nějakým způsobem spojujou a od nich se dá odrazit a někam dál směřovat.“

DVC 4: Zjistit, jaká je role jednotlivých členů multidisciplinárního týmu

Poslední výzkumný cíl mého šetření má zjistit, **jakou roli mají jednotliví pracovníci v multidisciplinárním týmu**. K dosažení tohoto výsledku byly použity tazatelské otázky TO13- TO15.

Třináctá otázka se zabývá tím, **jak funguje spolupráce mezi jednotlivými členy týmu**. Tuto otázku jsem položila **všem informantům**. U odpovědi na tuto otázku panovala **velká shoda**, téměř všichni informanti odpověděli, kladně, že spolupráce **funguje dobře**, nebo dokonce **velmi dobře**. Některé odpovědi proto přímo cituji: „I3: *Funguje to dobře. Jsme **dobrý kolektiv**, kolegové tady jsou jako moje druhá rodina.*“

I5: *„Já mám svůj tým rád a mám z něj radost a je příjemné, že ta **spolupráce funguje.**“*

I6: *„Tak ono je fajn, že je tady sociální pracovník, zdravotní sestra a **každý zná vlastně toho člověka z trošku jiný stránky**. A taky si **můžem poradit** v tom, co by bylo potřeba, když já si s něčím např. nevím rady.“*

I7: *„Myslím, že **perfektně**. Myslím si, že jsme dobrou tým. Ale vždycky je to o lidech samozřejmě, to je tak všude, že někdo vám je bližší, a někdo ne... Je to tady hodně o **té týmové práci o té poradě**, prostě kdy fakt jako vnímáme to, co říká ten kolega jo a snažíme se najít nějakou jako kompromis, když třeba má jako dojít k nějakým opačným názorům. „*

Pracovníci často také uváděli, že mají „malé“ porady, během kterých se domlouvají na **spolupráci a plánování kroků** u jednotlivých klientů a jeden pracovník to dále popisuje: „I1: *V praxi to funguje tak, že každý klient má jak **zdravotního, tak i sociálního pracovníka** a je pak na **kommunikaci a spolupráci** těch dvou lidí a aby si domluvili nějaký systém. My třeba máme takzvané **mikro týmy**, kdy si společně takhle ve dvou domluvíme takovou jako schůzku, kde všechny ty klienty řešíme. Nastavujeme si tam schůzky, a je tam **prostor pro řešení věcí týkající se našich***

*klientů. Domlouváme na tom, jakou **intervenci** u toho klienta zvolit a pak společně vytváříme **individuální plány.***“

Mezi pracovníky se objevuje i názor, jak zmiňuje především I8, že **v týmu panuje určitá hierarchie**, kdy **hlavní slovo má vedoucí** a uvádí, že výhoda (částečně možná i nevýhoda) spočívá v tom, že je profesně jak psychiatrická sestra, tak i sociální pracovník a I8 říká: „*on má pak velký přesah i velkou váhu slova. Má **hodně zkušeností** a myslím, že se to hodně odráží od toho vedoucího, jak to funguje potom dál. Jako občas se taky na něčem neshodneme, že jo, ale pak je **potřeba řešit problémy otevřeně v týmu** a ne někde za rohem.*“

Předposlední otázka, kterou jsem opět položila všem pracovníkům zněla, **zda spatřují v multidisciplinativitě i nějaké nevýhody**. **Převážná část informantů** (kromě I1 a částečně i I9), uvádí, že **žádnou nevýhodu nespatřuje**, a naopak uvádí **spoustu pozitiv**, jako je např. to, že **sociální pracovníci jsou obohaceni o znalost zdravotní problematiky**, o **znalost psychiatrie a I4 popisuje**: „*zdravotníci jsou zase velmi obohaceni o tu znalost toho, jak to běží v životě doma, a ne jenom v nemocnici, že neznáte lidi jenom v pyžamu a oni znají doma a ví, jak to vypadá doma a pracuje se s rodinou, je toho jako mnohem víc, než s čím se běžně zdravotníci v těch institucích setkávají. Je tam ta flexibilita, ta operativnost tohleco to jsou všechno fakt obrovské výhody*“

Když se ale opět vrátím k **nevýhodám**, pracovníci (především I1 a I9) uvádějí, že se může jednat o nesnáz v tom, že **má každý občas trochu jiný pohled na klienta**. S tímto **dalším problémem může být i ujasnění si vlastní role a nepřejímání kompetencí toho druhého**, z čehož měla přímo jedna pracovnice (I4) velké obavy, protože naznačila, že se strachuje toho, že bude částečně a po nějaký kratší čas „*dělat práci někoho jiného*“. Když jsem ji poprosila o podrobnější popsání její obavy, bylo mi odpovězeno: I4: „*No někdy mi přijde, že sestra jako všeobecně zastane všechno jako v nemocnici, od uklízečky po kuchařku, říkám to ze srandy, někdy až po ředitele. Tak třeba sociální pracovník má kompetenci jenom k té svojí práci. Ale já když bude potřeba, tak ho zvládnou dovízt na ten úřad, takže by mohla být prostě nevýhoda. Mohlo by se prostě stát, že bych **suplovala práci někoho jiného**, jestli mi rozumíte.*“

Jedna pracovnice dále uvedla, jakou možnou **nevýhodu** i to že **nemají** zatím v týmu žádného **psychiatra**. Když jsem se na tento problém ptala ostatních pracovníků, řekli mi, že v tom naopak vidí **velkou výhodu**, protože jim to umožňuje **vytvářet dobré vztahy a spolupracovat** s ambulantními psychiatry svých klientů. Tito pracovníci to odůvodňují následovně: „*I5: Jako i třeba to, že zatím nemáme svého psychiatra a těšíme se na něj, ale protože ho zatím nemáme, tak si můžem na jednu stranu stejskat trošku, ale na druhou stranu to má tu obrovskou výhodu, že se tím víc můžeme soustředit na dobré vztahy a rozvíjením vztahů s nima. Já zase třeba vím, znám to z jiných CDZ, že s tím měli velkej problém. Oni prostě spustili v CDZ psychiatra, ale okamžitě to spustilo vlnu obav v rámci těch ambulantních psychiatrů. I7: Kdežto my, jak vznikáme postupně, tak my ty ambulanty teď potřebujeme a vlastně tou dobrou praxí jim ukazujeme, že můžeme být jako spoluhráči jo, nebo že můžeme být partneři, což si myslím, že může bejt jako opravdu velká výhoda.*

Poslední otázkou, kterou jsem pokládala všem pracovníkům byla, **zda je něco, co komplikuje jejich práci a zda by něco změnili, pokud by mohli.**

Téměř všichni pracovníci (až na I5 a I7) uvedli, že jsou to **dlouhé, každodenní porady**, které jim mnohdy práci velmi komplikují, protože tyto porady jsou vždy ráno, kdy je často potřeba klienty doprovázet k různým lékařům. Dále také **uvádějí překážky na straně systému, uvádějí např. špatně nastavený systém sociálních dávek, což dokládám přímou citací I4:** „*Ty lidi jsou často odkázaní na sociální dávky, protože oni třeba ani nejsou schopni pracovat, i když by chtěli, a ty lidi prostě živoří. Je to kolikrát hodně těžký, smutný, když ty lidi vidíte a nejste schopni jim pomoci, protože je chyba v systému. Jako já chápu, že ten stát nemůže těm lidem poskytnout nějaký komfort, ale na druhou stranu je to těžký, je to moc těžký.*“ Pak také **uvádějí povinnou administrativu a byrokracii at' už co se týče denních zápisů, či tvorby individuálních plánů.** Někteří pracovníci (jednalo se o I1, I2 a I8), uvádějí **překážky, které plynou z jejich osobního nastavení a fungování, případně nedostatku vzdělání v psychiatrické oblasti.** Dále I1 a I9 často **uvádějí překážky (na straně klienta),** kdy klienti ruší předem dohodnuté schůzky.

Jeden pracovník (I4) uvádí i **negativní zkušenosti s psychiatrickými léčebnami,** kdy zmiňuje příběh svého klienta, kuřáka, který byl dlouho hospitalizovaný

na uzavřeném oddělení, neměl žádnou rodinu, která by ho mohla přijít navštívit a donést mu věci, které potřebuje a ani nikdo z personálu se za celou dobu jeho pobytu o něj **neprojevilo žádný zájem**, nenabídl mu, že mu koupí cigarety, jídlo, a ani nic jiného. Pracovník (I4) k tomu dodává: „*Přístup některých těch psychiatrů, je hrozný. Nikdo se o ty lidi nezajímá, jestli třeba něco nepotřebují... Takže si vezměte, že tyhle ty lidi tam nic nemají, a když prostě nemají ani ty cigarety, na kterých jsou třeba závislý, tak jako těm lidem ten pobyt tam né, že by se měli zlepšit, ale naopak se to tímhle ještě zhoršuje, což je pro mě naprosto nepochopitelný a děje se to prostě pořád. Už jsme to chtěli zase nějak řešit, ale ta nemocnice je moloch a prostě to nefunguje. Nefunguje to a štvě mě to. „*

Shrnutí výzkumné části

V této části mojí práce bych ráda shrnula dosažené výsledky, které byly zjištěné prostřednictvím **kvalitativního výzkumu**. K dosažení těchto výsledků byly použity **polostrukurované rozhovory**. Hlavním cílem práce bylo zjistit, **jaký je přínos Center duševního zdraví pro život lidí s duševním onemocněním pohledem pracovníků CDZ.**) K tomuto hlavnímu cíli byly použity další **čtyři dílčí výzkumné cíle**, které zde následovně popíši.

První výzkumný cíl (DVC 1) zjišťoval informace o členech týmu. Zkoumala jsem, na jaké pracovní pozici členové týmu působí a jaká je náplň jejich práce. Jednalo se o následující pracovní pozice: **vedoucí týmu, psychiatrické sestry, všeobecné zdravotní sestry, sociální pracovníci, klinická psycholožka a peer konzultant. Psychiatr v tomto týmu prozatím chybí.** (Jedná se o rozvíjející se CDZ, tzv. CDZ typu „B“, které má svého plného personálního naplnění dosáhnout během roku 2024). Rozhovoru se zúčastnilo celkem **devět informantů** a **náplň práce jednotlivých pracovníků je podrobně popsána v kapitole 8** (Analýza a interpretace dosažených výsledků).

Druhým dílčím cílem (DVC 2) bylo zjistit, kdo jsou nejčastější klienti Center duševního zdraví. Multidisciplinární tým nejčastěji pracuje s klienty, kteří mají následující psychiatrická onemocnění: **schizofrenní psychózy, poruchy osobnosti, bipolární poruchu, depresivní stavy a úzkosti.** Toto CDZ je však **nízkoprahové**

a nabízí služby i lidem, kteří nemají diagnostikované žádné psychiatrické onemocnění, ale, mají např. nějaké velké úzkosti, depresivní stavy, nebo hraniční poruchy osobnosti. CDZ funguje i jako „včasný záchyt“ potencionálních psychiatrických onemocnění. Pokud však pracovníci vyhodnotí, že daný člověk není jejich cílovou skupinou, „předávají ho dál“ a doporučí mu jiné sociální či zdravotní služby, které potřebuje. Já osobně v tomto spatřuji obrovskou výhodu, protože včasným odhalením počínajícího psychiatrického onemocnění lze zásadním způsobem ovlivnit další léčbu a vývoj této nemoci.

Klienti CDZ, s čímž souhlasí I1, I4, I5 , i I7, nejčastěji selhávají ve vztazích, v oblasti zaměstnání a bydlení, v oblasti financí. Jsou sociálně izolovaní a často nejsou neschopni participovat na společenském životě. Délka docházení klientů, (jak opět uvádí I1, I4, I5 , i I7) do CDZ je velmi individuální. Někteří klienti, jak zmiňuje I1, potřebují jen krátkodobou péči, v rádech několika měsíců, (např. po dlouhodobé hospitalizaci), někteří klienti, jak uvádí I4, naopak péči dlouholetou. Velmi záleží na závažnosti jejich onemocnění, rodinném zázemí a množstvím potřeb, ve kterých selhávají. V přínosu CDZ byly uváděny odlišné odpovědi: Někteří pracovníci vnímají přínos CDZ především v tom, že mohou o své pacienty pečovat v jejich přirozeném prostředí, (jak uvádí I1, I6, I7 a I9). Někteří, jako např. I3 a I4, říkají, že tito lidé nemusí při prvních projevech krize hned navštěvovat psychiatra. Je to pro ně také příjemnější, mají s pracovníky přátelský vztah a více jim důvěřují, s čím souhlasí informant č. 4 a č. 9). Někteří (jako je I5) vidí velký přínos této služby v tom, že je to služba, do které nemusejí klienti docházet, ale pracovníci je mohou navštěvovat a pomáhat jim v jejich přirozeném sociálním prostředí. Velký přínos vidí někteří informanti (I4 a I9) v tom, že to ulehčuje práci psychiatrům a že lze řešit komplexně celou situaci klienta (jeho sociální rodinné problémy a zároveň i zdravotní problémy.) Díky CDZ, jak zmiňují všichni informanti, může být docíleno stabilizovaného zdravotního stavu a nemusí vůbec docházet k hospitalizacím. Klienti nejsou na své problémy, jak zdůrazňuje především I3, sami, mají se vždy na koho obrátit. Jako velmi podstatný přínos CDZ, jak zmiňuje hned několik informantů (I1, I3 a I7), je vnímána i edukace v oblasti léků, které se klientům často v institucionálních zařízeních nedostávalo.

Třetím dílčím cílem (DVC 3), bylo zjistit, v čem spočívají **specifika práce lidí s duševním onemocněním**.

Pracovníci ke svým klientům přistupují, jak shodně uvádějí, **individuálně a nedirektivně**. Při své práci často využívají **podpůrného nebo otevřeného rozhovoru**, aby mohli klienti o svých problémech více hovořit. Často využívají **formy terénní sociální práce**, kdy klienta navštěvují v jeho přirozeném sociálním prostředí. Používají **aktivní naslouchání, nácviky sociálních dovedností, psychologové pak při své práci využívají KBT techniky a postupy**.

Někteří pracovníci (I1, I2, I4, I7) uvádějí, že potíže při jejich práci působí jednak **samotné onemocnění klientů**, které je často velmi **limitující**, ale někdy i jejich **rodinní příslušníci, kteří nesouhlasí se spoluprací**. Často jsou to i sami **klienti**, kdo **ruší sjednané schůzky**, nebo s **pracovníky nekomunikují**, jak zmiňuje I3. Dále jsem zjistila, že tito pracovníci (vyjma I5 a I7) vnímají jako velký problém, který jim přímo narušuje jejich práci, **dlouhé, každodenní porady jejich týmu**. Dále to je také **povinná byrokracie, překážky na straně systému, komplikované jednání s různými odborníky a institucemi, ale také špatně nastavený dávkový systém, kdy mnoho klientů musí „vyžít“ jen s velmi nízkým finančním obnosem**, jak zmiňuje I1, I4 i I5. Velkou komplikací, na kterou upozorňuje I5, je i **dlouho neléčená nemoc**, kdy má člověk trvalé psychotické příznaky, i přesto, že se nyní již léčí. Komplikací, jak podotkl I8, může být i **špatný vliv sociálního prostředí**, ve kterém klienti žijí, např. v podobě drogově závislých přátel.

Při svém výzkumu jsem zjistila, že **duševně nemocní lidé jsou stigmatizováni**, s čím souhlasili všichni informanti a že se to **nejčastěji projevuje při hledání bydlení, zaměstnání, ale i při běžných každodenních kontaktech s okolím, kdy jsou duševně nemocní lidé považovány za „divné“, nebezpečné, nedůvěřivé**. Tento fakt pracovníci připisují např. **médiím**, která často zmiňují, že určité činy byly spáchány právě duševně nemocnými. Pracovníci, (vyjma I6), se však domnívají, že se situace ohledně **stigmatizace v posledních letech zlepšuje**, protože se lidé přestávají bát o svých problémech mluvit.

Toto CDZ, jak podotýkají všichni sociální pracovníci, poskytuje svým klientům **sociální rehabilitaci, v rámci které s nimi nejčastěji trénují orientaci v prostoru, trénují paměť, nacvičují pohyb po veřejných místech, jízdu dopravními prostředky, podporují je v kontaktu s příslušnými institucemi, či je aktivizují v potřebných dovednostech.** I5 dodává, že **důraz je kladen především na psychiatrickou rehabilitaci.**

Mezi **nejčastější návazné služby**, (shodně uváděné všemi sociálními pracovníky), které multidisciplinární tým svým pracovníkům poskytuje patří: **pečovatelská služba, osobní asistence** (v případě, že klient není schopný dále rehabilitovat a není již plně soběstačný), **služby SAS, poradenské služby** (např. občanské porady). I7 podotýká, že v případě, že má již klient **stabilizovaný zdravotní stav**, doporučují jim další návazné služby v okolí, které se věnují **sociální rehabilitaci**. Jak doplňuje I1, **spolupracují také s dobrovolnickým centrem**, prostřednictvím kterého se snaží klientům pomoci překonávat jejich sociální izolaci.

Největší přínos předávání vlastních zkušeností s duševním onemocněním spatřuje peer konzultant v tom, že **prostřednictvím svého příběhu dokáže klienty zaujmout a hledat dál nějaká společná vodítka, které je „spojují“ a prostřednictvím kterých se pak snaží s klienty pracovat dál na jejich zotavení.**

Poslední dílčí cíl (DVC 4) se věnoval tomu, **jaká je role jednotlivých členů multidisciplinárního týmu.**

Během svého výzkumu jsem zjistila, že **většina pracovníků (I1, I2, I3, I4, I5, I6, I7) hodnotí spolupráci týmu velmi dobře.** Mají mezi sebou **přátelské vztahy**, při řešení problémů se snaží **hledat kompromisy a najít společná řešení.** Spolupracují, jak zdůrazňuje I1, v tzv. **mikrotýmech**, které se skládají vždy z jednoho sociálního pracovníka a jedné psychiatrické či všeobecné zdravotní sestry. V rámci těchto porad řeší intervence a vytváření individuálních plánů u jednotlivých klientů.

Převážná většina pracovníků (kromě I1, I3, I8) nespatřuje v multidisciplinaritě žádné nevýhody, naopak kladně hodnotí to, že sociální pracovníci jsou „obohaceni“ o znalost zdravotní problematiky a naopak. Dochází také k posouzení situace

z vícero úhlu pohledu a to v tom spatřují další pozitivum multidisciplinarity stejně jako to, že spolu mohou navzájem konzultovat všechny pracovní záležitosti.

Někteří (I1, I8) připouští, že mají občas **jiný názor na klienta a zdůrazňují nutnost držet se svých pracovních kompetencí a uvědomění si svých rolí**. Jeden pracovník (I3) přímo vyjádřil **obavu ze „suplování“ pracovních povinností někoho jiného**, bude-li to potřeba.

Během svého výzkumu jsem zjistila, že **pracovníkům** (vyjma I5 a I7) **velmi komplikují práci každodenní porady celého týmu**, které probíhají vždy ráno, v čase, kdy je např. nutné doprovázet klienty k lékařům či na úřady. Dále, jak shodně uvádějí I1, I4, je to **také byrokracie a povinná administrativa, špatně nastavený systém sociálních dávek, kdy se jejich klienti často potýkají s velkými finančními a existenčními problémy**. Komplikace také často vznikají na straně **rodin klientů, kteří nesouhlasí se spoluprací jejich rodinných příslušníků a CDZ, či jsou to sami klienti, kdo ruší domluvené schůzky či odjedou pryč bez předchozí omluvy, s čímž souhlasí I1, I3, i I4**. Jako další komplikaci a zároveň nutnost, kterou by potřebovali změnit, uvádějí (I2 a I8) i překážky **plynoucí osobního nastavení a osobních záležitostí**, mezi které patří např. i to, že si uvědomují, že by se měli **o sebe více starat**, a to především o svoje zdraví.

Výsledky, které jsem během svého výzkumu zjistila, se vztahují pouze na toto CDZ, ve kterém jsem svůj výzkum prováděla.

Doporučení pro praxi

Nejdříve bych zde ráda uvedla, že CDZ, kde jsem svůj výzkum prováděla, poskytuje velmi kvalitní služby a myslím, že i přesto, že je teprve „rozvíjející se“ CDZ, které dosáhne plného personálního naplnění až během tohoto roku 2024, tak již teď odvádí skvělou práci.

Nicméně se domnívám, že v tomto případě by bylo na zvážení poupravit jejich každodenní porady (třeba je alespoň posunout na nějaký jiný čas), protože většina pracovníků uváděla, že jim to komplikuje jejich práci s klienty. Dále jsem si během

výzkumu uvědomila, jak je nesmírně důležité se starat sám o sebe, udržovat se v dobré kondici, snažit se relaxovat a dbát o své zdraví, protože sami pracovníci někdy připouštěli, že by to také potřebovali. Vhodnou aktivitou by mohly být nějaké teambuildingy, či společně trávená (mimo pracovní odpoledně).

Dále můj výzkum „odkryl“ spoustu obtíží, se kterými se duševně nemocní potýkají. Je to jednak stále ještě velká stigmatizace v oblasti zaměstnávání a bydlení a myslím, že je důležité nepolevovat v edukaci a osvětě veřejnosti, protože čím více se bude o duševním onemocnění hovořit, tím více o tom budeme vědět a možná ztratíme vůči těmto lidem předsudky úplně, stejně tak, jako se to stalo v případě manžela jedné sociální pracovnice. (přepis tohoto rozhovoru uvádím v příloze).

Domnívám se, že by bylo potřeba nepolevovat v lobování za změnu systému sociálních dávek, upozorňovat na to, v jaké špatné finanční situaci se ocitají lidé, kteří žijí z velmi nízkých invalidních důchodů a nemohou mnohdy díky svému onemocnění získat finanční prostředky ani nijak jinak.

ZÁVĚR

Hlavním cílem této práce bylo zjistit, **jaký je přínos Center duševního zdraví pro život lidí s duševním onemocněním pohledem pracovníků CDZ.**

Teoretická část této práce vysvětlovala základní pojmy, jako duševní zdraví a duševní nemoc, popisovala klasifikaci vážných duševních onemocnění a zabývala se těmi, se kterými se pracovníci CDZ nejčastěji setkávají. Krátce jsem nahlédla i do historie péče o duševně nemocné. Věnovala jsem se sociální práci s lidmi s duševním onemocněním, krátce popsala i reformu psychiatrické péče, v rámci které centra duševního zdraví vznikala. Podrobnému popisu CDZ jsem věnovala celou další kapitolu. Zabývala jsem se i dalšími tématy, jako je sociální rehabilitace, case management nebo filosofie poskytované péče Zotavení, která s cílem mé práce úzce souvisí.

Praktická část mé práce byla realizována prostřednictvím kvalitativní výzkumné **strategie**. Zvoleným nástrojem pak byly **polostrukurované rozhovory**, které jsem vedla s celým multidisciplinárním týmem (přesněji se jednalo o devět informantů), jednoho nejmenovaného CDZ, které se nachází ve východních Čechách. Přesnou identifikaci CDZ záměrně neuvádím, protože jsem si vědoma rizik, která by mohla nastat, pokud by nebyl výzkum anonymní.

Hlavní přínos CDZ pohledem jejich pracovníků spočívá v tom, že je o nemocné pečováno v jejich přirozeném prostředí. Pokud u těchto lidí dojde k zhoršení jejich zdravotního stavu, dá se tento problém „vyřešit“ s pomocí pracovníků bez nutnosti hospitalizace. Duševně nemocní lidé často užívají spoustu léků, o kterých nemají mnoho informací. Pracovníci je proto edukují o tom, jaké léky berou, jak jim mohou pomoci, nebo jaké mají naopak nežádoucí účinky. Často také edukují i jejich rodinné příslušníky, protože i pro ně důležité mít o medikaci svých blízkých dostatek informací. CDZ je také jakýsi mezičlánek mezi člověkem a psychiatrem. Klienti jsou s multidisciplinárním týmem v kontaktu častěji, než s psychiatry, více týmu důvěřují a vztahy jsou méně formální. Psychiatrům to také ulehčuje práci. Velkým přínosem je i to, že se zde řeší klientovy problémy komplexně jak z oblasti zdravotní, tak i té sociální.

Klient i tedy nemusí využívat několik různých služeb, ale CDZ jim může pomoci s řešením široké škály problémů. CDZ je také služba, která je z velké části terénní a léčba je ke klientovi „dovezena“. Prostřednictvím sociální rehabilitace a pestré škály aktivizačních činností jim navracejí kompetence, o které díky svému onemocnění přišli a nebo se jim snaží alespoň zachovat ty stávající.

CDZ také hraje obrovskou roli v procesu destigmatizace a celkového zvyšování kvality života lidí s duševním onemocněním. Klienti také ví, že nejsou na své problémy sami a že se mohou vždy na členy multidisciplinárního týmu obrátit o pomoc nebo o třeba jenom o radu.

Domnívám se, že hlavní cíl i dílčí cíle této práce byly naplněny. Tato bakalářská práce by mohla být přínosem pro studenty sociální práce, sociální pracovníky i širokou veřejnost. Zkrátka pro kohokoliv, kdo by se chtěl dozvědět více informací o problematice péče o duševně nemocné a o novém prvku psychiatrické péče o centrech duševního zdraví.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BENSON, Nigel C. 2010. *Psychiatrie*. Praha: Portál.
- CONRAD, Peter a SCHNEIDER, Joseph. 1992. *Deviance and medicalization: From badness to sickness*. Philadelphia: Temple University.
- ČELEDOVÁ, Libuše a ČEVELA, Rostislav. 2010. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada Publishing.
- ČEŠKOVÁ, Eva; KUČEROVÁ, Hana a SVOBODA, Mojmir. 2006. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál.
- DISMAN, Miroslav. 2008. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 3. vyd. Praha: Karolinum.
- DUŠEK, Karel a VEČEŘOVÁ PROCHÁZKOVÁ, Alena. 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada Publishing.
- GAVORA, Peter. 2000. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido.
- HENDL, Jan. 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Portál.
- HOLLANDER, Dirk den a WILKEN, Jean Pierre Lambert. 2016. *Podpora zotavení a začlenění: úvod do metodiky CARE*. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice.
- HOLLANDER, Dirk den a WILKEN, Jean Pierre Lambert. 2022. *Práce v propojení: podpůrný vztahový přístup: praktická příručka modelu CARE*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.
- HOSÁK, Ladislav a HRDLIČKA, Michal. 2016. *Psychiatrie and pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum.
- HRICOVÁ, Alena; ONDRÁŠEK, Stanislav a URBAN, David. 2023. *Metodologie v sociální práci*. Praha: Grada Publishing.
- JANÍK, Alojz. 1989. *Obecná psychiatrie*. 2. vyd. Brno: Univerzita J. E. Purkyně.
- KUČEROVÁ, Helena. 2013. *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada Publishing.

- MAHROVÁ, Gabriela a VENGLÁŘOVÁ, Martina. 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada Publishing.
- MALÁ, Eva a PAVLOVSKÝ, Pavel. 2002. *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. Praha: Portál.
- MALÁ, Eva. 2005. *Schizofrenie v dětství a adolescenci*. Praha: Grada Publishing.
- MARKOVÁ, Eva; VENGLÁŘOVÁ, Martina a BABIAKOVÁ, Mira. 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing.
- MATOUŠEK, Oldřich. 2012. *Základy sociální práce*. 3. vyd. Praha: Portál.
- MATOUŠEK, Oldřich; KODYMOVÁ, Pavla a KOLÁČKOVÁ, Jana. 2010. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 2. vyd. Praha: Portál.
- OREL, Miroslav. 2016. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing.
- PASZ, Jiří a PLECHATÁ, Adéla. 2020. *Normální šílenství: rozhovory o duševním zdraví, léčbě a přístupu k lidem s psychickým onemocněním*. Brno: Host.
- PĚČ, Ondřej a PROBSTOVÁ, Václava. 2009. *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton.
- PELIKÁN, Jiří. 1998. *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. Praha: Karolinum.
- PETR, Tomáš a MARKOVÁ, Eva. 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing.
- PRAŠKO, Ján; HERMAN, Erik; HOVORKA, Jiří; PAŠKOVÁ, Beata a PRAŠKOVÁ, Hana. 2003. *Smíšená úzkostně-depresivní porucha*. Praha: Galén.
- PROBISOVÁ, Václava., ŠELEPOVÁ, Pavla., DRAGOMIRECKÁ, Eva., KALVODA, Hynek., SOCHOROVÁ, Gabriela., PĚČ, Ondřej. 2006. *Metody hodnocení. CAN: Camberwellské šetření potřeb*. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, Praha.
- PROBSTOVÁ, Václava a PĚČ, Ondřej. 2014. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál.
- REICHEL, Jiří. 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada Publishing.

- SCHEFFLER, Richard M. a POTŮČEK, Martin. 2008. *Mental health care reform in the Czech and Slovak Republics, 1989 to the present*. Praha: Karolinum.
- SLÁDKOVÁ, Petra. 2021. *Sociální a pracovní rehabilitace*. Praha: Karolinum.
- ŠEDIVEC, Vladislav. 2008. *Přehled dějin psychiatrie: přehled názorů na duševní nemoci od nejstarších dob až po současnost*. Praha: Psychiatrické centrum.
- ŠVAŘÍČEK, Roman a ŠEĐOVÁ, Klára. 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál.
- VÁGNEROVÁ, Marie. 2002. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. 3. vyd. Praha: Portál.
- VÁGNEROVÁ, Marie. 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál.
- VENCOVSKÝ, Eugen. 1996. *Psychiatrie dávných věků: (od Hippokrata k Pinelovi)*. Praha: Karolinum.
- WINKLER, Petr; ŠPANIEL, Filip; CSÉMY, Ladislav; JANOUŠKOVÁ, Miroslava a KREJNÍKOVÁ, Linda. 2013. *Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- ZACHAROVÁ, Eva. 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing.
- ŽALUDEK, Adam. 2020. *Management kvality a rizik psychiatrické péče*. Praha: Grada Publishing.

Internetové zdroje:

- BOČEK, Jan; KOŠLEROVÁ Anna a ZÁKOPČÁKOVÁ, Kristína. 2022. *Z nemocnic zpátky do života. Reforma psychiatrické péče naráží na nedostatek psychiatrů, peněz i bytů*. Online. In: iROZHLAS, 30. 1. 2022. Dostupné z: https://www.irozhlas.cz/zpravy-domov/reforma-psychiatricke-pece-psychiatrie-psychologie-psychoterapie_2201030500_jab. [cit. 2023-07-23].
- CENTRUM PRO ROZVOJ PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ. 2021. *CARe Česká republika*. Online. © 2021. Dostupné z: <https://www.cmhd.cz/vzdelavaci-institut/platforma-care/>. [cit. 2023-09-10].

EVROPSKÁ RADA A RADA EVROPSKÉ UNIE. 2023. *Evropská rada a Rada Evropské unie*. Online. © 2023. Dostupné z: <https://www.consilium.europa.eu/cs/>. [cit. 2023-11-02].

Fokus Praha, z.ú. [online]. Praha: Fokus, 2024[cit. 2024-02-28]. Dostupné z: <https://www.fokus-praha.cz/>

HEJZAR, Petr. 2009. Sociální rehabilitace duševně nemocných v současných podmínkách. Online. *Psychiatrie pro praxi*. 10(5), 226–229 Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2009/05/07.pdf>. [cit. 2023-08-15].

MKN-10. 2023. *Duševní poruchy a poruchy chování*. Online. © 2023. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F00-F99>. [cit. 2023-09-10].

MZČR.2019. *Doporučené postupy pro vznik center duševního zdraví pro seniory (CDZ-S)* [online].Praha[cit. 2023- 09-16] Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/202211/Doporučené%20postupy%20pro%20vznik%20center%20duševního%20zdraví%20pro%20seniory.pdf>

MZČR.2020. *Metodika zavádění multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře lidí s duševním onemocněním* [online]. Praha: MZČR. [10. 10. 2023]. Dostupné z: https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/202103/metodika_MT_fin%20schválen%20VV.pdf

NA ROVINU – O DUŠEVNÍM ZDRAVÍ A NEMOCI. 2023. *Na rovinu – o duševním zdraví a nemoci*. Online. © 2023. Dostupné z: <https://narovinu.net>. [cit. 2023-10-23].

NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL. 2023. *Národní zdravotnický informační portál*. Online. © 2023. Dostupné z: <https://www.nzip.cz>. [cit. 2023-11-02].

Sociální rehabilitace Ledovec. [online] [cit. 2024-02-28]. Dostupné z: <https://www.ledovec.cz/socialni-sluzby/item/74-socialni-rehabilitace-ledovec>

Společnost Mana, o. p. s. Nemusíte na to být sami. [online]. 2024[cit. 2024-02-28]. Dostupné z: <https://manaol.cz>

TICHÁ, I. 2020. *Spolupráce sociálních a zdravotnických služeb v rámci péče o duševní zdraví s ohledem na probíhající reformu psychiatrické péče*. [online]. Diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova. Filosofická fakulta. Katedra sociální práce. [12. 3. 2024]. Dostupné

<https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/122904/120373207.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

VĚSTNÍK MZČR. 2016 *Základní principy poskytování péče v CDZ*. Online, PDF. Praha: MZČR. Dostupné z: <https://docplayer.cz/21153958-Standard-pece-poskytovane-v-centrech-dusevniho-zdravi-cdz.html>. [cit. 2023-10-10].

VĚSTNÍK MZČR. 2021. *Standard služeb poskytovaných v Centrech duševního zdraví (CDZ) pro osoby se závažným chronickým duševním onemocněním (SMI)*. Online. 6. 10. 2021. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/vestnik/vestnik-c-8-2021/>. [cit. 2023-10-10].

WHO. 1997. Psychosocial Rehabilitation: A consensus document. Online. *International Journal of Mental Health*. Vol. 26, no. 2, p. 77–85. Dostupné z: <https://www.jstor.org/stable/41344828>. [cit. 2023-02-02].

Odborné časopisy, tiskové zprávy:

ANTHONY, William. A. 1993. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 16(4), 11–23.

DOHNALOVÁ, Zdenka. 2014. Výzkumníkovo desatero etického chování. *Sociální práce / Sociálna práca*. 11(1), 23–24.

CHVALOVSKÝ, Ivan. 2021. NA ROVINU pořádá vzdělávací online program na téma nestigmatizujícího přístupu k lidem s duševním onemocněním. *Sociální práce/Sociální práce*. 21(1).

NOVÁK, Martin a UKROPOVÁ, Lucia. 2019 Centra duševního zdraví-zplnomocňování klientů v psychiatrické praxi? *Psychoterapie*. 12(3), 178–189.

PÁV, Marek; PLUHARŤKOVÁ POMAJSZLOVÁ, Jana a ŠŤASTNÁ, Jana. 2017. Možnosti psychosociální rehabilitace v psychiatrické nemocnici. *Psychiatrie pro praxi*. 18(2), 69–74.

Zákony:

Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v aktuálním znění.

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Transformační tabulka	53
Tabulka 2 Komunikační partneři	60

PŘÍLOHA: PŘEPIS ROZHOVORU S INFORMANTEM Č. 7

Úvod rozhovoru

„Dobrý den, dovoluji mi, abych se představila: jsem studentkou 3. ročníku oboru sociální práce na Filozofické fakultě v Hradci Králové a součástí mé bakalářské práce je kvalitativní výzkum, ve kterém chci zjistit, jaký je přínos Center duševního zdraví pohledem jeho pracovníků. Ráda bych Vás proto požádala o tento rozhovor, ve kterém bych se Vás chtěla zeptat na několik otázek. Pokud s tím budete souhlasit, rozhovor si budu nahrávat. (Samozřejmě pouze pro účely pozdějšího přepisu). Tento výzkum bude anonymní a informace, které od Vás získám, budou použité pouze pro účely mého výzkumu. Pokud Vám budou nějaké otázky nejasné, ráda je dovysvětlím.“

TO1: Na jaké pracovní pozici v CDZ působíte?

I7: Jsem sociální pracovnice

TO2: A co je tedy náplní Vaší práce?

I7: Jo tak v podstatě všechno, co se týká sociální oblasti, něco nám určuje i ten zákon, podle kterého musíme mít i vzdělání, že jo. Ale když to teda vezmu konkrétně u toho CDZ, tak děláme jako nějaký sociální mapování. Tím vlastně začínáme s tím klientem při navazování kontaktu. Takže to máme takový jako formulář, od kterého se odrážíme, kde probíráme různé ty oblasti potřeb, ve kterých potřebují pomoci. My to s ním projedem tak, jak to vlastně má a z toho nám buď on řekne nějakou tu svoji potřebu a nebo i my tam nějakou tu potřebu vidíme, třeba např. v oblasti bydlení, zaměstnanosti a tak dále. Jo, i finanční oblast tam máme, takže vlastně i tam může buď vzniknout nějaká jeho potřeba a nebo my se pak snažíme najít něco, čím mu jako „přilepšit“ . Takže i takovýto základní jako sociální poradenství a pak se v podstatě věnujeme těm oblastem, té potřebě, kde to ten klient má. Nejčastěji řešíme finance, co se týče nějakých dávek. Vlastně vyřizování s těma klientama nebo doporučení, kam by se mohli obrátit. Pak se tam hodně jedná o zaměstnanost, protože ty naši lidi to mají takový jako těžší. V tom jsou občas diskriminovaný, že jo, nebo potřebují nějaký jako omezenější podmínky, nebo díky té nemoci jsou omezenější než běžnej člověk. A pak se hodně s nima zabýváme i oblastí bydlení, protože často vzhledem

k té finanční situaci nejsou schopni platit běžný nájem, že jo, takže pak řešíme různé alternativy přes azylové domy, ubytovny, po chráněný bydlení.

TO4: Tím jste vlastně i odpověděla na další otázku, a to na tu, s jakými nejčastějšími problémy k vám klienti přicházejí a v jakých oblastech nejčastěji selhávají.

I7: Tak, řekla bych, že zaměstnání.

Že nejsou schopni si najít zaměstnání nebo nejsou zaměstnatelní?

I7: Je to pro něj jako těžký. Jo, vzhledem i k tomu třeba jakou mají diagnózu, protože jsou lidi, kteří by byli schopní, ale vzhledem třeba k té svojí poruše tam mají prostě nějaký blok, kdy nevychází z domu, nebo celkově se začlenit do nějakého kolektivu, je pro ně hodně těžký. Často tu práci nemůžou najít, protože prostě potřebují zkrácený úvazky, nemůžou dělat na směny. Vzhledem k lékům a k tomu dennímu režimu právě kolikrát řeknou, že jsou osoba s invaliditou, a lidé se často ptají na to, proč. A ta psychiatrie je takový velký stigma.

Takže se třeba stane, že i na základě toho, že má nějaký to psychiatrické onemocnění, tak ho ten dotyčnej zaměstnavatel třeba nezaměstná?

I7: Takhle to nikdy není řečeno napřímo, ale často to tak vypadá. Nějakou oklikou se pak vždycky objeví nějaký jiný důvod, proč to najednou nejde, nebo tak. Často pak ještě většinou selhávají ve vztazích. Jak v těch rodinných, nebo prostě tak celkově. Nejsou jakoby schopni ty vztahy navázat ani si je pak udržet. Nejsou schopni si ani udržet ty vztahy, které měly třeba v minulosti, prostě selhávají v tom taky na základě toho onemocnění. A je to tak, že člověk se schizofrenií, nebo s těma schizofrenníma poruchami to mají trošku jiný než třeba lidi s poruchou osobnosti. A špatně se jim navazují kontakty s jinejma lidma, a ještě hůře se vytvářejí ty nové.

TO7: Jaké přístupy a techniky ve své práci s klienty nejčastěji využíváte?

I7: Já osobně s nimi nejčastěji pracuju formou rozhovoru. Pro mě je to takto nejpřijatelnější, já nemám ráda takovej ten úřednický přístup, takž asi tak no. Nevím, jestli to je úplně odpověď na tu otázku, ale v podstatě jako nevyžívám nic moc jiného než takovej ten lidskej přístup a běžný hovor ze, kterýho někam směřuji. Ten hovor, ze kterýho si vytahuju ty informace, které potřebuju. Ty lidi nás jako hodně učeť a je to samozřejmě individuální ke každému z nich, protože každý z nich je originál. Hm hm.

Jo, takže není nic danýho, tohle platí na všechny.

Jo ale asi jako nevyžívám vyloženě nějakou speciální techniku.

TO6: Jak vy osobně vnímáte přínos centra duševního zdraví do běžného života osob s duševním onemocněním a v jakých oblastech je to pro ty lidi nejvýznamnější?

I7: Tak myslím, že něco bylo, proč vznikaly (nějaká myšlenka).

A pak to je to, co nám ukazuje ta praxe. Jo, já si myslím, že, úplně největší přínos, když se podívám zpětně na ty naše klienty, tak je to, že můžou zůstat doma, že jim to prostě dovolíme. Jako díky nám zvládají ty krize, který prostě dřív pro ně znamenaly sebemenší zaškobrtnutí tak mířím do nemocnice, teď vlastně nemusí a myslím si, že i co se týká jako edukace ohledně léků, jako co ten lék může dělat a jak s tím teda vlastně pracovat dál, nebo kterej lék vlastně můžu zase vzít na základě toho, že mám teda nějaký příznaky a nějakou krizi, což tohle často v těch nemocnicích neslyší.

Jasně, tam jim prostě nějaký léky předepíšou a řeknou jim, vy je budete brát, ale ty informace, k čemu ten lék je, proč ho užívá a tak, to už asi ten člověk nedostane.

A nebo ho dostane, ale prostě ho zapomene, protože často ty lidi mají problémy jako s těma kognitivníma funkcema. Takže tak, často se musíme opakovat. Často nerozumí tomu onemocnění, které mají, takže v tomhleto je vlastně ta edukace směrem od nás. To, že má nějakou diagnózu, to je vlastně pro mě jenom prázdný slovo a neví, co to znamená. Jo, takže i tohle. Přesto si myslím, že je fajn, že tady jsme. A fakt ten největší přínos vidím v tom, Nže se začnou zvládat ty krize celkově, ať se to vezme z té zdravotní nebo té sociální oblasti, tak mají někoho, na koho se můžou obrátit, a ví, že to nemusí být jenom ta nemocnice. Nejmíc to fakt souvisí s tím zdravím.

TO8: Jsou ve vaší práci s klienty nějaké situace nebo překážky, které nemůžete změnit, kdy vnímáte, že to klientům komplikuje začlenění do společnosti?

I7: Tak určitě tam asi nějaký překážky jsou, ale já to beru tak, že všechny překážky jsou nějaká výzva.

Tak to je hezký. ☺

I7: Takže se snažím s těma klientama řešit, že někdy máme nějakou překážku, kterou prostě jsme schopni vyřešit, v podstatě hned nějakým způsobem, nějakou zkušeností a někdy prostě tam ta překážka je. A musíme se naučit, jak je překonat a jak je zvládnout a případně jak se jich vyvarovat.

Ehm, no takže druhá část té otázky, co komplikuje to začlenění do společnosti? Tam to vidím u klientů, kteří byli delší dobu neléčeni, nechtěli, nebo se k té léčbě nějak nedostali, nebo ji vysadili, a vznikl tam už nějaký třeba defekt? To je to většinou u lidí se schizofrenií, kdy pak tam už ty psychotické příznaky, jako ty bludy nebo halucinace už jsou nějakým způsobem trvalé, i když se léčí. A ta společnost na ně nahlíží jako na ty divný, protože on si povídá sám se sebou a nebo ho to nějak ovlivňuje.

Takže kdyby ta léčba byla třeba podchycená včas, tak by k takovýmto těžkým příznakům vůbec asi nemuselo dojít. Je to tak?

I7: Ano, pak tam vlastně vznikne ten trvalej defekt, jo, kdy ten člověk jako vlastně funguje. Sociálně, i klidně zdravotně léčbu dodržuje a vlastně jsou tam většinou bludný příznaky, které jsou tam prostě už trvale, už se s nima nedá nic dělat a už tam budou navždycky, no.

Takže otázka č. 9 se týká té stigmatizace, takže to jste už říkala, že lidé s duševním onemocněním jsou stigmatizováni. V čem se to teda nejvíc projevuje? Jak se tomu snažíte předcházet?

I7: Tak myslím si, že celkově jako úloha CDZ je nějakým způsobem o té stigmatizaci mluvit a destigmatizovat . Já to zažívám nejvíc doma, kdy můj manžel to má jako velký stigma a za ty 2 roky, co tady pracuji, vím, že se to u něj dost zlepšuje ☺

Jakože že má předsudky vůči duševně nemocným?

I7: Ano, má vůči těmto lidem spoustu předsudků, ale vlastně za ty 2 roky udělal ohromný pokrok, protože změnil náhled na tuhle problematiku.

Dost ho např. překvapilo, že naši klienti mají děti. A byl z toho prostě úplně jak u vytržení ☺ Takže si myslím, že čím víc se o tom bude mluvit a čím víc vlastně ty lidi možná budou do té společnosti zapojováni, tak tím pádem může to stigma klesat, nebo je prostě ty lidi začnou vnímat trošku jinak. Myslím si, že jako pak za to velký stigma můžou ty média, protože nás nezapomenou upozornit na to, že ten člověk, kterej se hledá, je schizofrenik.

Enhnm, enhnm, my se hodně snažíme, si myslím, aby ty lidi věděli, co mají za to onemocnění, věděli, co to obnáší. Naopak aby ale taky věděli, že pokud se něco dodržuje, tak ano, diagnóza se mnou bude celoživotně, tak jako celoživotně je člověk diabetik nebo onkologický pacient apod., ale nemusí jim to narušovat ten běžnej režim.

I7: Mám např. klientku, která byla před lety hospitalizovaná v Jihlavě v nemocnici a tam mají v rámci terapií právě tady tu edukaci ohledně léků, ohledně léčby, ohledně onemocnění. A ona vlastně říkala, že díky tomu, že si tady tím prošla už v té nemocnici, tak se o tom nikdy nebála mluvit. A nemá problém s tím přijít a říct, tak já jsem takhle a takhle a mám tuhle diagnózu. Vlastně je to k ní přirozený, protože tomu rozumí. Jo, jako nebojí se to pak někde říct dál, což hodně s tím klienti jako bojujous. A pak si myslím, že taková ta, jako že děláme i tu podporu, právě třeba v tom zaměstnání, kdy mě klientka volá a říká mě po cestě na pohovor, „Co když se mě budou ptát na to, na co mám invaliditu“? „Musím jim říct, že mám tuhle nemoc?“ A já ji pak musím ujišťovat v tom, že jsou věci, který říkat nemusí. Jo, nebo to můžou

říct jenom někomu, jako že se to nemusí hlásit a že to nemá napsaný na čele. Takže v tom si myslím, že jim jako trošku můžeme být tou oporou. Jo a vidím to takhle i jakoby od toho okolí. Když s těma lidma pracuju, tak, když to vezmu, tak jako hodně čerpám z těch příběhů, kterými jsme si prošli.

Mám např. klienta, kterej byl bezdomovec, nitrožilně bral pervitin. Byl na dávkách, ještě navíc to teda byl romskej příslušník, takže tam je jako další stigma, že jo. A když si chodil pro ty dávky, tak se ho prostě ty ženský na tom úřadě hrozně bály. Jo, jako nechtěly tam s ním bejt samy, prostě měly z něj fakt jako strach, že jim něco udělá nebo tak, protože měl psychotický příznaky, povídal si pro sebe a všichni ho sledovali. Ale vlastně od té doby, co podstupuje nějakou léčbu a za podpory naší péče se nějakým způsobem dostává zpátky do té společnosti, tak je od nich zpětná vazba, že to je super, že oni mu něco řeknou a on to zvládne. Jako že jim donese tu fakturu, nebo něco, co od něho potřebují.

No, ale myslím, že i tím se pak bourá to stigma, jak u těch úředníkům, tak i u těch institucí, když je vidět, že je ten člověk sice nemocnej, ale že i tak může úplně normálně fungovat.

TO10: Věnujete se i sociální rehabilitaci? Pokud ano, jakou podporu těm klientům nejčastěji poskytujete? V rámci té sociální rehabilitace?

I7: Ted' nevím vlastně, jak bych odpověděla. Můžu si to promyslet?

Ano, samozřejmě☺

I7: Jo, protože sociální rehabilitaci samozřejmě poskytuju, že jo, ale. Ale úplně vlastně nevím, jsem tou otázkou trošku zaskočená.

Tak třeba nějaký nácvik pracovních dovedností nebo něčeho takového, na co ty klienty připravujete? Či nějaká aktivizace? Či zprostředkování kontaktu se společenským prostředím?

I7: Ano, to samozřejmě taky, ale fakt nevím, kterou nejčastěji. Často máme třeba nácviky orientace nebo chůze pohybu po veřejných místech. Nejčastěji je to hodně u lidí se sociálními fobiemi nebo s poruchou osobnosti, nebo hraniční poruchy, takový ty holčiny, co se jako bojí. Ale opravdu nevím, kterou nejčastěji.

TO11: No to nevádí. I tak jste odpověděla. A jaký návazný služby těm klientům doporučujete?

I7: Jo, tak to je nejčastěji, když ty klienti od nás odchází, tak podle toho, kde bydlí, tak právě nejčastěji jenom sociální rehabilitaci. Případně pak u některých klientů máme pečovatelský služby a potom i vlastně chráněný bydlení, což je nejčastěji Domov na cestě ve a potom i Domov xxx. A na tomhle chráněnkou mají vlastně lidi se schizofrenními okruhy.

Ale jednak tyhle zařízení mají dost omezenou kapacitu, ale často se tam potýkáme i s tou diskriminací právě. Jako že tam mají psáno, že to nesmí být člověk s psychiatrickým onemocněním. Jo, ale že je to člověk léčený a třeba 5 let stabilní vlastně nikoho nezajímá no, takže tam je taky ta diskriminace hodně častá.

No, takže asi nejčastěji tady na ty pečovatelský služby a pak by tu sociální rehabilitaci no.

.

TO5: Jaká je zhruba průměrná délka docházení klientů sem k vám do centra, je to asi hodně individuální, že?

I7: Jo určitě jo a tím jakože jo my tu praxi teprv získáváme tím, že jsme noví a že jsme ve vývoji, tak je to možná jiný, než jinde. Vím, že třeba když jsme se bavili s CDZ na Praze 9, který už jsou jako zajatý z toho projektu, tak tam, že mají nějakou průměrnou dobu rok, kdy tam ten klient u nich je, což si myslím, že u nás by teoreticky mohlo taky být do budoucna, že to tak nějak jako odpovídá. Jo ten rok, rok a půl, průměrná doba. No je to samozřejmě na těch potřebách toho klienta, na tom, jak rychle k tomu osamostatnění nějakým způsobem jako dojde. Jsou lidi, který my máme 3 měsíce v péči a už u nich vidíme tak velký zlepšení, víme, že jako za 3 měsíce

je budem předávat do sociální rehabilitace a že se ten zdravotní stav fakt nějakým způsobem stabilizoval, že to byl prostě jenom nějaký výkyv a pak jsou lidi, u kterých víme, že to bude pravděpodobně na celý život.

Tak víceméně, jakože to fakt bude jako dlouholetý, no.

K těm oblastem tý podpory mě teď ještě napadá často i pomoc co se týče finančního hospodaření, to se tam možná objevuje vlastně nejčastěji. Jo, že, vlastně jak hospodařit s tím, co mám, aby se nestalo, že týden po dávkách nemám vůbec nic, což u hodně lidí řešíme. Tam to, možná to bude ta nejčastější.

Takže ani nejsou třeba problémem finance samotné, ale spíše to, jak s nimi umět hospodařit? Nebo jsou asi problémem i ty finance, protože tito lidé jsou asi hodně závislí jenom na sociálních dávkách a invalidních důchodech, ze kterých žijou?

I7: Ano a to ještě záleží, na tom, zda předtím pracovali a jaký mají důchod, protože tak těch 90 - 95% lidí má přiznanou nějakou invaliditu, ale taky záleží, kdy ji získali a jak moc předtím pracovali, protože od toho se odvíjí pak ta výše. No a pak je rozdíl, jako jestli ten člověk má invalidní důchod „trojku“ a má 20 000 Kč, a nebo má invalidní důchod taky „trojku“, ale má 8 000 Kč. Jo, jakože samozřejmě u těch lidí, kteří mají ten větší obnos těch peněz, tak nepotřebují tu naši pomoc až tak moc. Uměj s tím hospodařit a nebo jsou schopní s tím nějak vystačit, ale pak mám klienta, který je na existenčním minimum, jo kterej má prostě 3000 měsíčně a s tím jako musí vyjít a moc se nám to jako nedaří, že jo? A to je ještě kuřák a prokouří „čtyřku“, z., trojky“, kterou bere 😊

TO13: Jak funguje spolupráce mezi jednotlivými členy týmu vašeho týmu?

I7: Myslím, že perfektně. Jo, jako myslím si, že jsme dobrej tým. Ale vždycky je to o lidech samozřejmě, to je tak všude, že někdo vám je bližší, a někdo ne...

Myslím si, že jsme vždycky schopní se nějak dohodnout. Je to tady hodně o té týmové práci o té poradě, prostě kdy fakt jako vnímáme to, co říká ten kolega jo, a snažíme se najít nějaký kompromis, když má dojít k nějakým opačným názorům. Myslím si, že v týmu fungujeme perfektně.

TO14: A vidíte v té multidisciplinarity i nějaké nevýhody?

I7: Nevidím ☺ Možná jen, že je málo psychiatrů.

Že vám chybí v týmu ten psychiatr? I když mám dojem, že tady někdo tohle použil i jako silnou stránku v kontextu toho, že když vy vlastně nemáte toho psychiatra, takže toho využíváte k budování lepší spolupráce s psychiatry vašich klientů, takže vlastně to může být i silná stránka, že toho psychiatra nemáte? Vnímáte to tak i vy?

I7: No já vidím velkým plus, když to jako srovnám s těma CDZetkama, který vznikaly v rámci toho projektu, tak měly v mnohým tu cestu jednodušší, byly jako podporovaný finančně, že jo z toho projektu, ale na druhou stranu tu naši sílu právě vidím v tom, že my jsme nevznikli z nějakýho už vytvořeného týmu, tak jak vznikaly třeba kolikrát ty CDZ, kdy se akorát tým sociální rehabilitace přetvořil na CDZ a přivzali akorát zdravotníky a psychiatra a tak. My vlastně vznikáme úplně jinak, takže postupně jako přicházíme a takže to si myslím, že může bejt velká výhoda. Všichni začínáme stejně a máme stejný startovací podmínky.

A taky, jak říkáte, když ty CDZ vznikly a byl tam ten psychiatr, tak mohlo docházet k tomu, že ty ambulanty měli pocit, že mu teď do toho budou kecat a brát nám ty klienty.

Kdežto my, jak vznikáme postupně, tak my ty ambulanty teď potřebujeme a vlastně s tou dobrou praxí jim ukazujeme, že můžeme být jako spoluhráči jo, nebo že můžeme být partneři, což si myslím, že může bejt jako opravdu velká výhoda. Jo, a ukazuje nám to ta praxe jo, že když si vzpomenu před těma, nevím rok a půl, necelými 2 lety, kdy jsme začali tady fungovat a začali jsme docházet k těm ambulantům a na oddělení, tak ne vždy jsme byli vítáni. Protože prostě jsme byli někdo z venku někdo, kdo jim jako říká, jak ten člověk žije a tamhlento. Jo, jakože jim trochu kecat do té práce a vlastně jim to svým způsobem trochu jako narušuje. A když to fakt vezmu, jak to máme jako dneska, tak se fakt jako můžem vzájemně doplňovat a přišli jsme na ty výhody, které si můžeme jako vzájemně donést a kolikrát je to právě o tom, že nám třeba z toho oddělení volají a ptají se, jako kam ten klient může jít a jestli má nějaký bydlení.

Takže tam probíhají hodně i ty konzultace, že?

I7: Určitě jo, jako že v některých případech ano, stejně jako my konzultujeme s nima. Samozřejmě když potřebujeme prostě něco zase z toho lékařského, tak máme tady sestřičky, ale některý věci fakt jako nevíme, nebo si nejsme jistí a potřebujeme je prostě mít jasný od toho doktora. To takhle vlastně děláme i případové setkání jako u jednotlivých klientů, kdy se seznou: Já, jako „CASE“ (manager), pozvu ty zúčastněný strany, jiný lidi, který kolem toho klienta vlastně jsou, ať je to opatrovník, rodina nebo jiná služba a vlastně zvu tam i ambulantního psychiatra a je to místo, kde se sejdem všichni a můžem si tam všichni říct, co potřebujeme. Je u toho i ten klient a je to pak velmi obohacující.

TO15: Je něco, co tu vaši práci komplikuje a co byste ráda změnila, když byste mohla?

I7: Asi ne, jako fakt to mám asi tak, že všechno může bejt výzva. No jako jsou samozřejmě dny, kdy jako víte „ty vogo, tak ted'ka je dost náročný být s tím klientem“ a pro mě je snazší mluvit s komunikativními klientama a ne všichni mluví úplně rádi. Takže jsou pro mě pak lidi, který jsou pro mě těžší, ale nekomplikuje mi to tu práci. Já vím, že se prostě na to musím nastavit trošku jinak. A vlastně mě to jako obohacuje celkově. Myslím si, že každá ta výzva mě, pak může dát spoustu věcí i do toho osobního života a díky tomu se pak vyvíjíme různě i my, jako lidi. Takže asi ne, asi nemám žádnou překážku.

Skvělý, děkuji. Děkuji Vám za vaše přínosné odpovědi i za ochotu se mého výzkumu zúčastnit.