

Univerzita Hradec Králové

Ústav sociální práce

**Příprava pacientů s duševním onemocněním na
chráněné bydlení**

Bakalářská práce

Autor: Martina Hálová
Studijní program: B 6731 Sociální politika a sociální práce
Studijní obor: Sociální práce s osobami se sníženou
soběstačností
Vedoucí práce: PhDr. Daniela Květenská, Ph.D.

Hradec Králové

2016



Zadání bakalářské práce

Autor: Martina Hálová

Studium: U1383

Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce s osobami se sníženou soběstačností

Název bakalářské práce: **Příprava pacientů s duševním onemocněním na chráněné bydlení**

Název bakalářské práce AJ: Preparation of patients with mental illness for sheltered housing

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

V teoretické části bych vymezila základní pojmy ve vztahu s duševním onemocněním, nastínila současnou organizaci péče o lidi s duševním onemocněním a popsala službu chráněného bydlení. Cílem mé práce by měla být odpověď na otázku, jak pacienti, později již klienti chráněného bydlení, vnímají přípravu na chráněné bydlení ještě za hospitalizace. Zvolené metody a techniky: kvalitativní výzkumná strategie, polostrukturovaný rozhovor, analýza a studium dokumentů.

MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. 1. vyd. Praha: Grada, 2008
MATOUŠEK, O. a kol. Sociální práce v praxi. 1.vyd. Praha: Portál, 2005
PROBSTOVÁ, V., PĚČ, O. Psychiatrie pro sociální pracovníky vybrané kapitoly. 1.vyd. Praha: Portál, 2014

Garantující pracoviště: Katedra sociální práce a sociální politiky,
Ústav sociální práce

Vedoucí práce: PhDr. Daniela Květenská, Ph.D.

Oponent: PhDr. Ondřej Štěch, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 4.12.2014

Prohlášení

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

V Praze dne.....

Martina Hálová

Poděkování

Děkuji své vedoucí bakalářské práce, PhDr. Daniele Květenkové, Ph.D., za odborné vedení, lidský přístup, trpělivost a čas. Dále děkuji všem informantům za jejich čas a ochotu ke spolupráci. Chtěla bych poděkovat také svým kolegům a v neposlední řadě své rodině a své mamince, za jejich vytrvalou podporu a pochopení.

Abstrakt

HÁLOVÁ, Martina. *Příprava pacientů s duševním onemocněním na chráněné bydlení*. Hradec Králové. 2016. 85 s. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové. Ústav sociální práce. Vedoucí práce: PhDr. Daniela Květenská, Ph.D.

Bakalářská práce se zabývá problematikou duševně nemocných a klade si za cíl zmapovat možnosti rehabilitace lidí s duševním onemocněním v kontextu s komunitní péčí a význam přípravy duševně nemocných pacientů na přechod z hospitalizace v Psychiatrické nemocnici Bohnice do chráněného bydlení.

V teoretické části jsou nejprve vymezeny nejčastěji užívané pojmy, které se pojí k péči o duševně nemocné. Blíže je věnována pozornost komunitní péči, rehabilitaci duševně nemocných a jejich přípravě na chráněné bydlení během hospitalizace v Psychiatrické nemocnici Bohnice. V této souvislosti je popsána činnost Centra psychosociálních služeb v Psychiatrické nemocnici Bohnice, kde samotná příprava na chráněné bydlení probíhá.

V metodické části je využita kvalitativní výzkumná strategie a technika polostrukturovaného rozhovoru. Cílem výzkumného šetření je vyhodnocení přípravy na chráněné bydlení očima samotných pacientů Psychiatrické nemocnice Bohnice a klientů chráněného bydlení, BONA o.p.s. a očima expertů podílejících se na přípravě v Psychiatrické nemocnici Bohnice na jedné straně a pracovníků z chráněného bydlení BONA o.p.s. na straně druhé. Je zjišťován jejich názor na efektivnost, užitečnost, kvalitu či naopak na neefektivnost a nedostatečnost, programu přípravy na chráněné bydlení během hospitalizace.

Závěr práce může sloužit jako zpětná vazba ke zjištění, jak přípravu vnímají samotní pacienti/klienti, ale i experti z řad pracovníků Psychiatrické nemocnice Bohnice a chráněného bydlení BONA o.p.s.. Tato zjištění by mohla vést ke zkvalitnění přípravy na chráněné bydlení a mohla by být užitečná i dalším zájemcům o chráněné bydlení, kteří budou muset program přípravy absolvovat.

Klíčová slova: pacient/klient, duševní nemoc, psychiatrická péče, komunitní péče, psychiatrická rehabilitace, chráněné bydlení.

Abstract

HÁLOVÁ, Martina. Preparation of patients with mental disorder for the sheltered housing. Hradec Králové 2016. 85 p. Bachelor Degree Thesis. University of Hradec Králové. Leader of Bachelor Degree Thesis: PhDr. Daniela Květenenská, Ph.D.

The Bachelor thesis deal with issues of mentally disordered patients and set a goal to chart possibilities of rehabilitation for people with mental disorders in context of the community care and meaning of preparation of mentally disordered patients for transfer from hospitalisation in the Psychiatric hospital Bohnice to sheltered housing.

In the beginning of the teoretical part of the thesis are mentioned the most often used concepts, which are related to care about mentally disordered patients. The next part is focused on community care, rehabilitation of mentally disordered and their preparation to sheltered housing during their hospitalization in the Psychiatric hospital Bohnice. Activity of the Center of psychosocial servicies in Psychiatric hospital Bohnice, where the preparation to sheltered housing takes part, is described in this context.

In the methodical part of the thesis a qualitative researched strategy and a technique of a semistructured interview is used. The aim of the research is evaluation of preparation to sheltered housing from the view of the patients of the Psychiatric hospital Bohnice and the clients of sheltered housing BONA o.p.s., and from the view of the experts which take part on preparation in the Psychiatric hospital Bohnice on the one hand and from the view of the employees of. Their opinion on efficiency, usefulness, quality or inefficiency and deficiency of the program of preparation to sheltered housing during hospitalization is explored.

The conclusion of the thesis can be used as a feedback to detection, how the preparation is percieved by patients/clients, but also by the experts from the Psychiatric hospital Bohnice and sheltered housing BONA o.p.s.. These detections could lead to the improvement of the preparation to sheltered housing, and could be

used by another applicants who are interested in sheltered housing, and who will have to complete the program of preparation.

Keywords: patients/clients, mental disorder, psychiatric care, community care, psychiatric rehabilitation, sheltered housing.

Obsah

Úvod.....	9
1 Vymezení základních pojmů	11
2 Vývoj péče o duševně nemocné ke komunitní péči.....	14
2.1 Pohled na duševní onemocnění v kontextu s vývojem lidstva.....	14
2.2 Psychiatrie ve 20. století	17
3 Komunitní péče určená lidem s duševním onemocněním	19
3.1 Přejchod ke komunitní péči.....	19
3.2 Formy komunitní péče	20
4 Příprava duševně nemocných na přechod z lékařské péče	22
4.1 Chráněné bydlení jako jeden z prvků komunitní péče	22
4.2 Rehabilitace duševně nemocných	26
4.3 Program přípravy na chráněné bydlení v psychiatrické nemocnici Bohnice... ..	28
4.4 Cílová skupina chráněného bydlení	31
4.5 Shrnutí teoretické části.....	35
5 Vyhodnocení přípravy na chráněné bydlení	38
5.1 Metoda výzkumu.....	38
5.2 Formulace cíle výzkumu	39
5.3 Popis výzkumného místa.....	42
6 Organizace a průběh výzkumného šetření	44
6.1 Popis realizace výzkumného šetření	45
6.2 Analýza získaných dat.....	49
7 Závěr výzkumného šetření a diskuze.....	76
Závěr	80
Seznam literatury	82
Seznam tabulek	85
Přílohy	

Úvod

Lidé s duševním onemocněním představují skupinu lidí, která se v důsledku svého onemocnění může snadno ocitnout ve společenské izolaci. Onemocnění často poznamenává jejich osobní, partnerský, rodinný, studijní či pracovní život a mnohdy se jim negativně promítá do oblastí financí, volného času a v neposlední řadě i bydlení. Dochází tak ke snížení kvality života nejen samotných nemocných, ale také jejich blízkých. Aby bylo možné co nejvíce zabránit negativním důsledkům tohoto onemocnění, musí se s těmito lidmi pracovat a pomáhat jim začlenit se do společnosti i s jejich handicapem.

Ke zpracování bakalářské práce na téma „Příprava pacientů s duševním onemocněním na chráněné bydlení“ mě motivovalo moje zaměstnání. Již dvacet let pracuji jako zdravotně sociální pracovníce v Psychiatrické nemocnici Bohnice. Denně se setkávám s lidmi a jejich životními osudy. Nikdo z nás neví, co mu život přinese a zda se sám nepotká s duševním onemocněním. Naštěstí ne každého postihne duševní onemocnění jako takové. Nicméně každé onemocnění duše je urputné a traumatizující. Často se stává, že léčbu nelze zvládnout ambulantně a je nutná hospitalizace. Jedním z cílů léčby v Psychiatrické nemocnici Bohnice je i příprava pacientů na návrat do běžného života. Ne každý se má kam vrátit, ne každý se chce nebo může vracet tam, odkud přišel. Každá profese se na přípravě podílí z hlediska svého odborného zaměření. Mým úkolem v tomto procesu je připravit pacienty po té sociální stránce, která zahrnuje zmapování jejich sociální situace a konkrétní pomoc při řešení problémů např. se zajištěním financí, ať již v podobě dávek hmotné nouze nebo invalidních důchodů. Nedílnou součástí pomoci je i plánování, kde bude pacient po propuštění bydlet.

Čím dál více si uvědomuji, že pro některé pacienty dlouhodobá hospitalizace představuje odtržení se od každodenních problémů a starostí. Často se opakovaně vrací do nemocnice, protože je pro ně život v Psychiatrické nemocnici Bohnice jednodušší, mají zde vše zajištěno. Snahou proto je, s nemocnými intenzívně pracovat a to již od prvopočátků hospitalizace, aby se jejich zdravotní stav co nejdříve zlepšil, nedocházelo k hospitalismu a doba nutné hospitalizace se

zkracovala. K tomu je ovšem nezbytný navazující funkční systém péče za zdi nemocnice v podobě komunitních služeb.

Předložená bakalářská práce si klade za cíl zmapovat možnosti rehabilitace lidí s duševním onemocněním v kontextu s komunitní péčí a významu přípravy psychicky nemocných pacientů na přechod z hospitalizace v Psychiatrické nemocnici Bohnice do chráněného bydlení. Zda tento přechod usnadňuje a napomáhá ke snazší adaptaci a začlenění těchto lidí do společnosti.

Teoretická část se po objasnění základních pojmů nejprve zaměří na seznámení s problematikou duševně nemocných v souvislosti s měnícími se názory a postoji společnosti k jejich integraci do společnosti. Blíže bude věnována pozornost komunitní péči, rehabilitaci duševně nemocných a jejich přípravě na přechod z lékařské péče do chráněného bydlení, které je pro duševně nemocné jednou z možností, kde mohou po propuštění z Psychiatrické nemocnice Bohnice bydlet. V této souvislosti bude popsána i činnost Centra psychosociálních služeb, které se nachází v Psychiatrické nemocnici Bohnice. Poskytuje hospitalizovaným pacientům prvotní informace o možnostech chráněného bydlení, zprostředkovává kontakt s poskytovajícími organizacemi a v neposlední řadě zajišťuje samotnou přípravu na bydlení během hospitalizace.

Cílem metodické části bude vyhodnocení této přípravy na chráněné bydlení očima samotných pacientů Psychiatrické nemocnice Bohnice a klientů chráněného bydlení (konkrétně BONY o.p.s.), a očima expertů podílejících se na přípravě v Psychiatrické nemocnici Bohnice na jedné straně a expertů z chráněného bydlení BONA o.p.s., na straně druhé. Pomocí kvalitativní výzkumné strategie, formou polostrukturovaného rozhovoru, bude zjišťován jejich názor na efektivnost, užitečnost, kvalitu či naopak na neefektivnost a nedostatečnost, tohoto programu přípravy na chráněné bydlení během hospitalizace.

Tato bakalářská práce bude poskytnuta pracovníkům, kteří se v přípravě na chráněné bydlení angažují. Může jim sloužit jako zpětná vazba ke zjištění, jak přípravu vnímají samotní pacienti/klienti, ale i experti z řad pracovníků Psychiatrické nemocnice Bohnice a chráněného bydlení BONA o.p.s. Tato zjištění by mohla vést ke zkvalitnění přípravy na chráněné bydlení a mohla by být užitečná i dalším zájemcům o chráněné bydlení, kteří budou muset program přípravy absolvovat.

1 Vymezení základních pojmů

V této kapitole budou vymezeny pojmy, které se nejčastěji v předložené bakalářské práci používají. Těmito pojmy jsou: pacient/klient, duševní nemoc, psychiatrická péče, komunitní péče, psychiatrická rehabilitace, chráněné bydlení.

V bakalářské práci bude používáno jak slovo pacient, tak klient. Pro tuto práci je využíváno pojetí Matouška (2003, s. 140), který definuje pacienta „...jako nemocného člověka...“, v užším významu jako „...člověka, který je léčen ve zdravotnickém zařízení,...“. Klienta pojímá jako „...subjekt, který využívá sociální služby...“. (Matoušek, 2003, s. 90). Psychiatrická nemocnice Bohnice je zdravotnické zařízení a propuštění pacienti se stávají klienty některé navazující služby.

Často používaným pojmem je **duševní nemoc**, ne vždy je jasné, co si pod tímto termínem představit. Jedna z definic říká, že je to „...nemoc projevující se poruchami prožívání a mezilidských vztahů....“ (Matoušek, 2003, s. 60). Světová zdravotnická organizace popisuje psychiatrický případ jako „...zjevnou poruchu duševní činnosti, natolik specifickou ve svých klinických projevech, že je spolehlivě rozpoznatelná jakožto jasně definovaný soubor znaků a natolik závažná, aby způsobila ztrátu pracovní činnosti, nebo sociálního postavení, nebo obou, a to v takovém stupni, který může být hodnocen jako selhání...“. (Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 69). Tato bakalářská práce se zabývá právě lidmi, kteří trpí duševním onemocněním v tomto pojetí. Důsledky tohoto onemocnění často vedou ke zmíněným problémům.

Druhým diskutovaným pojmem je **psychiatrická péče**. Pro potřeby této práce postačí informace, že je tvořena psychiatrickými zařízeními, která mohou být ambulantní, lůžková a intermediární, jež svou péčí pokrývají oblast mezi hospitalizací a ambulantní péčí. (Malá, Pavlovský, 2010). Všechny složky psychiatrické péče na sebe musí navazovat, aby bylo o duševně nemocné postaráno komplexně. Posledně jmenovaná intermediární zařízení jsou též označovaná jako prvky komunitní péče.

O komunitní péči se v dnešní době velmi hovoří, ale ne vždy je srozumitelné, co všechno taková péče představuje. V této bakalářské práci bude využito pojetí Matouška, který komunitní péči označuje za opak péče institucionální a charakterizuje ji jako: „...*směřování k takovému uspořádání služeb (zejména zdravotních a sociálních, ale např. i vzdělání, doprava atd.) pro skupiny „na okraji“ (osoby hendikepované, seniory, duševně nemocné atd.), aby mohly zůstat se svým hendikepem ve své komunitě a žít v ní plnohodnotný život...*“ (Matoušek a kol., 2003, s.255). Pro úplnost je třeba dodat, že Jarošová (2007 in Kuzníková a kol., 2011, s. 90) zdůrazňuje, že spektrum těchto služeb je určeno nejen nemocným, ale i „...*zdravým občanům, rodinám a skupinám určité komunity (geografické, etnické)...*“ Stejně tak Matoušek, Kodymová, Koláčková (2010) do uživatelů péče řadí mimo klientů i rodinné příslušníky, ale navíc upozorňují na nutnost, že mají být v procesu péče vnímáni všichni jako partneři. Blíže ke komunitní péči bude pojednáváno ve třetí kapitole.

Dalším termínem, který bude v souvislosti s tématem této práce užíván, je **psychiatrická rehabilitace**, která má dle Anthonyho a kol. (2002, in Probstová, Pěč, 2014) pomoci duševně nemocným lidem zvýšit jejich schopnost fungování v místě, které si zvolili k životu, pokud možno jen s malou mírou trvalé podpory profesionálů tak, aby byli spokojeni a úspěšní. Psychiatrické rehabilitaci se bude podrobněji věnovat podkapitola 4.2.

Posledním vymezeným pojmem je **chráněné bydlení**, jehož definice je ustanovena v § 51, zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, kde se uvádí, že je to „...*pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení....*“ Matoušek (2003, s. 37) také uvádí, že se jedná o „...*bydlení v bytě, který je v běžné zástavbě a patří poskytovateli sociální služby. Bydlí v něm jeden nebo více klientů, kteří se podle svých možností podílejí na vedení své domácnosti...*“ Dále uvádí, že je vhodné pro klienty dlouhodobě nemocné nebo trvale postižené, kteří ale nepotřebují ústavní léčbu. Podkapitola 4.1 se bude ještě blíže chráněným bydlením zabývat.

Tato část bakalářské práce se snažila objasnit nejčastěji užívané pojmy a zároveň podkryt témata, která se budou prolínat celou předloženou prací. Jednotlivým tématům se budou podrobněji věnovat jednotlivé kapitoly nebo podkapitoly.

2 Vývoj péče o duševně nemocné ke komunitní péči

Pro pochopení problematiky duševně nemocných je zapotřebí nejprve zmapovat vývoj pohledu na duševně nemocné, jejich léčbu a péči o ně, protože se jedná o téma, které je opředené spoustou mýtů a dodnes vzbuzuje u řady lidí obavy, nejasnosti a nepochopení. Stručné shrnutí v této kapitole umožní vstoupit do hlavního tématu této práce.

2.1 Pohled na duševní onemocnění v kontextu s vývojem lidstva

S vývojem lidské společnosti se měnil pohled na lidi trpící duševním onemocněním. Psychiatrie vždy v oblasti medicíny zaujímal zvláštní místo. Černoušek (1994, s. 12), dějiny psychiatrie přirovnává „...k jedinečnému terénu, v němž nikdy neprobíhá ostrá hranice mezi biologickým a humanitním poznáním člověka...“ ba naopak „...jako by psychiatrie ve svých zásadních problémech tento terén přímo vytvářela....“ Může se i zdát, že existuje velká propast mezi pokrokem v různých lékařských oborech a že „...poznávání člověka člověkem, poznání sebe sama pokulhává za technologickým pokrokem...“ Víru v pokrok psychiatrie však není možné oslabovat, neboť mnohé technologické vynálezy dneška nelze v tomto oboru aplikovat, protože „... se jedná o léčbu duševních rozměrů lidské existence...“. Jedním z mýtů spojených s možností vyléčení je, že je nutné zařadit každého blázna, šílence do škatulky a pokud se to nepovede, vzniká dojem, že se nic neděje, protože psychiatrie „...disponuje skvělou diagnostikou kategorií nevyléčitelnosti...“ Černoušek (1994, s. 14). I takový dojem může psychiatrie v někom vyvolávat.

Již od počátků lidské společnosti měli lidé strach z neznámého. Nemoci pro ně byly božím trestem. Ještě před naším letopočtem, představovalo řecké a egyptské lékařství velký posun v oblasti péče o duševně nemocné. Řecký lékař a filozof Hippokrates (460-370 př.n.l.), hledal příčiny chorob ve vnitřním a vnějším prostředí člověka. Uvědomoval si důležitost, správně nemoc diagnostikovat a nutnost individuálního

přístupu k nemocným. Založil i školu pro lékaře, kde se na nemoc pohlíželo jako na přirozený stav a proces. (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

Ve středověku byl výklad duševních chorob v rukou církevních intelektuálů, kteří onemocnění spojovali s démony a s čarodějnictvím. Snahou společnosti bylo vyčlenit tyto lidi někam do ústraní. V oblasti psychiatrie je toto období označováno za nejčernější období v dějinách medicíny. Léčba, kromě zařikávání a modliteb, znamenala mučení. V Čechách v této době nebyla žádná systematická péče o duševně nemocné. Některým nemocným se poskytovalo alespoň to nejnútnejší ve špitálech řádu alžbětinek nebo milosrdných bratří, kde se o ně postarali mniši a jeptišky. Neklidné pacienty často zavírali do obecné šatlavy, kde nad nimi dohlížel dráb nebo je odsuzovali k tělesným trestům. (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

Mnozí autoři ve spojitosti s tímto obdobím zmiňují ve svých dílech „loď bláznů“ říkalo se jí také „opilý koráb“. Černoušek (1994, s. 43), ale klade otázky, zda se jedná pouze o uměleckou fantazii malířů a básníků, nebo zda je to předěl mezi středověkým postojem k duševní nemoci a novověkým zrodem azylu pro duševně nemocné. Rituál nalodování bláznů může být dle něj i symbolickým ztotožněním vodního živlu s duševní poruchou, ale i přirovnáním duše člověka ke křehké skořápce na moři. Připouští však, že „loď bláznů“ mohla skutečně existovat „...jako předpsychiatrická instituce, jejímž prostřednictvím se společnost bránila proti nebezpečí těžkých duševních chorob...“ a že může být symbolem k dějinnému zvratu ve vývoji postoje společnosti k problému duševního onemocnění, k jeho uznání a k vědomí, že je nutné s tímto problémem něco dělat. Do protikladu k tomuto jevu dále tento autor zmiňuje stavění „věží bláznů“, na kterých byli duševně nemocní za poplatek ukazováni ostatním. Tady byla „...duševní nemoc a nesrozumitelná psychopatologie uvězněna...“ (Černoušek, 1994, s. 49). Znamý představitel antipsychiatrie Styx (1991), uvádí, že „...Psychiatrie byla odjakživa vyhledávaným společenským terčem. Když se lidé něčeho bojí, mohou si z toho dělat legraci, ale mohou také útočit...“.

Příznivější časy v dějinách psychiatrie nastaly až za vlády Marie Terezie v roce 1755, kdy byl, na základě podnětu jejího osobního lékaře Van Swietena, zrušen

zákon o čarodějnictví. Bylo tím prohlášeno, že čarodějnictví neexistuje a doporučeno, aby podezřelá osoba byla prohlédnuta lékařem. (Malá, Pavlovský, 2010). Mezi významné události v novověkých dějinách psychiatrie se řadí počín pařížského lékaře Phillipa Pinela (1745-1826), o kterém se traduje, že 11. září 1793 vyvedl z podzemních kopek pařížského blázince Bicetre duševně nemocné na denní světlo a vzduch. Zajistil jim ošetrovatelskou a lékařskou péči, ale i právo na svobodu a osobní hygienu. Dále se snažil z péče o nemocné odstranit vězeňský režim a nahradit jej přátelským, vlídným přístupem a pochopením. (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006). Malá, Pavlovský (2010, s.12), uvádí, že jeho humánní zacházení nespočívalo jen ve „zbavení řetězů“, ale i v zaměstnávání duševně nemocných jednoduchými pracemi na poli. Vyzdvihují, že k léčbě neklidných pacientů používal opiovou tinkturu a zavedl i psychoterapeutickou metodu, zvanou psychodrama. Marková, Venglářová, Babiaková (2006), Pinela řadí mezi první psychiatry a zakladatele novodobé ústavní psychiatrie. Naproti tomu však Černoušek tento počín popisuje jako Pinelův pokus o tom, že se morální léčbou dá předejít nespokojenosti řadě narušených jedinců, kteří se vždy najdou a nebudou jim vyhovovat změny po odeznění bouřlivé revoluce. Tento experiment se však dle slov Černouška týkal „...*pouhých 13 lidí. Ne více, ne méně....*“ (Černoušek, 1994, s. 51), nicméně je považován za první psychiatrickou revoluci.

Teprve na konci 18. století se začaly zřizovat ústavy pro duševně choré. U nás vznikl v roce 1784 ústav pro pomatené v Brně a v roce 1790 tzv. Tollhaus v Praze. Za vlády Josefa II. došlo k rozvoji specializované péče o duševně nemocné. Jednou ze zajímavostí, z roku 1849, je i první zmínka o právech a povinnostech pacientů, která se objevila v úředním tisku v pražské nemocnici, kde se uvádělo, že pacienti měli, „...*právo na dobrou stravu, přátelskou a starostlivou péči ošetrovatelského personálu, lidumilné zacházení ze strany lékařů i úředníků...*“ (Baudiš, Libiger, 2002, s. 23). Takový přístup personálu k nemocným by v dnešní době měl být samozřejmostí.

Ve druhé polovině 19. století vznikají při městských nemocnicích specializované ústavy, dnešní psychiatrické léčebny. (Malá, Pavlovský, 2010). Usnesením Zemského výboru Království českého, ze dne 28.4.1909, se začala psát i historie

dnešní Psychiatrické nemocnice Bohnice. Podnětem k jejímu založení byla rostoucí potřeba lůžek pro duševně nemocné. (Tichý, 2006). Koncem 19. století se začala psychiatrie považovat za jeden z oborů medicíny. Na duševní nemoc je pohlíženo jako na tělesné onemocnění, což osvobozovalo pacienty od pocitu viny z náboženského a morálního selhávání. (Dörner, Plog, 1999).

Tato podkapitola zmapovala období několika století vývoje péče o duševně nemocné. Konec 19. století znamenal pro psychiatrii velký posun k lepšímu, i když z dnešního pohledu je známo, že ještě potrvá další století, než bude mít péče o duševně nemocné dnešní podobu.

2.2 Psychiatrie ve 20. století

Tato část bakalářské práce se zaměří na 20. století, kdy se rychle měnila situace ve společnosti, což mělo vliv i na další vývoj v oblasti péče o duševně nemocné. Počátkem 20. století docházelo k nárůstu počtu duševních chorob kvůli prudkému rozvoji industrializace, který s sebou nesl zvyšování životního tempa, růst stresových situací a vyostřování životních a sociálních podmínek. V té době neexistovala ambulantní péče, nebyly účinné léky. Propuknutí duševní choroby znamenalo pro postiženého hospitalizaci ve specializovaném zemském ústavu, která byla často jediným řešením. V řadě případů se pobyt v ústavu protáhl až do konce života. (Tichý, 2006).

Na začátku 20. století vystupuje Sigmund Freud se svou psychoanalytickou metodou, která proniká do nitra lidské duše, tento objev se považuje za druhou psychiatrickou revoluci. (Černoušek, 1994). V průběhu 20. století přestává být psychiatrie medicínsky jednostranným oborem. Začínají se využívat nové terapeutické metody, např. psychoterapie zaměřená na klienta (rogersovská psychoterapie) a kognitivně-behaviorální terapie, zohledňují se sociální aspekty při vzniku duševního onemocnění. Do psychiatrických zařízení přicházejí psychologové a sociální pracovníci. (Dörner, Plog, 1999). Po druhé světové válce se začíná psát počátek tzv.

éry psychofarmakologie, kdy je objeven chlorpromazin jako první skutečně účinná psychotropní látka. (Černoušek, 1994).

Za posledních 100 let prošla psychiatrie velkými změnami. Zejména v posledních deseti letech se vytvářejí podmínky, které otevírají nové možnosti. Zkracuje se ošetrovatelská doba, je kladen důraz na individuální zjišťování potřeb nemocného a na znalost jeho problémů, což zvyšuje efekt terapeutického působení. Je plně respektována důstojnost nemocného. Sami nemocní v dnešní době očekávají od ošetrovatelského personálu neformální, lidský přístup, zájem o jejich osobu a pochopení. (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

Na závěr si dovoluji uvést shrnutí Malé, Pavlovského (2010, s.122), které je dle mého názoru jakousi vizí současnosti a i do budoucnosti. Uvádí, že „...*podle současné koncepce je nezbytné plně integrovat psychiatrii do zdravotnictví, odstranit její nežádoucí stigmatizaci ve společnosti, zlepšit materiální podmínky psychiatrické péče, nadále ji humanizovat, plně respektovat důstojnost a práva psychiatrických pacientů, rozvíjet moderní formy intermediární péče a zvyšovat odbornou úroveň pracovníků pomoci nových forem pre- i postgraduálního vzdělávání...*“

Tato celá kapitola bakalářské práce se snažila zachytit vývoj péče o duševně nemocné, který se měnil v souvislosti se situací ve společnosti, ale i s její vyspělostí. Poodkryla problematiku přijímání těchto lidí mezi ostatní. Ještě v dnešní době se objevují odmítavé postoje a názory na takto nemocné, které jsou hluboce zakořeněny v mysli lidí. Bylo poukázáno ale i na určité momenty v péči a v přístupu k lidem s duševním onemocněním, které znamenaly posun ve smýšlení o nich samotných. Ujasnění a pochopení této problematiky otevírá prostor pro další část této práce, která nastíní dnešní přístup k duševně nemocným a jejich možnosti.

3 Komunitní péče určená lidem s duševním onemocněním

Současný přístup k duševně nemocným a péče o ně, směřuje k tzv. komunitní péči. Jejím smyslem je pomáhat lidem s duševním onemocněním žít co nejvíce v jejich přirozeném prostředí a uspokojovat jejich potřeby za pomoci a využití všech dostupných služeb, programů a různých zařízení. Následující část bakalářské práce navazuje na závěr předchozí kapitoly. V úvodu se zaměří na důvody přechodu ke komunitní péči a poté nastíní její formy.

3.1 Přechod ke komunitní péči

Nejprve je třeba zdůraznit, že před rokem 1989 byly u nás, poskytovatelé sociálních služeb řízeni centrálně a jejich prioritou bylo zaměření se na kvantitativní a organizační stránku služeb, nikoliv na individuální rozvoj klientů. Byla upřednostňována ústavní a peněžitá pomoc před domácí péčí a před péčí nestátních subjektů. (Matuška, 2008, Jabůrková a kol. 2007, in Malík Holasová, 2014).

Psychiatrickým léčebnám, v měnícím se klimatu 20. století, bylo vytýkáno, že hospitalizací je pacient vytržen z reálného života, nejsou zohledněny jeho potřeby a musí se podřizovat pravidlům léčby, kterou nemůže nikterak ovlivnit, a že chybí prostor pro rozvoj jeho dovedností a návaznost na další služby. (Křička in Marková, Venglářová, Babiaková, 2006). Výše zmíněné výhrady byly důvodem k hledání alternativy k institucionální péči.

Skutečný rozvoj sociálních služeb nastal až po účinnosti zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách od 1. ledna 2007. Zákon mj. stanovil standardy kvality poskytované péče a zároveň dohlíží na jejich dodržování. (Čámský a kol., 2011, in Malík Holasová, 2014). Současný vývoj péče o duševně nemocné by měl podporovat deinstitucionalizaci neboli přesunutí péče z institucí do přirozeného prostředí, kde by bylo využíváno podpory místních zdravotních a sociálních systémů. Rovněž by měl vývoj péče vést ke snížení neopodstatněných hospitalizací v léčebnách a k rozvoji mimoústavních, tj. komunitních, zařízení. Je ale nutné respektovat jak zdravotní, tak

sociální potřeby duševně nemocných, což vyžaduje týmovou spolupráci profesionálů z oblasti zdravotní a sociální sféry. (Matoušek, Kodymová, Koláčková, 2010).

Ze své praxe mohu potvrdit, že součástí práce sociálního pracovníka, který pracuje ve zdravotnictví, je plánování další péče o pacienta po jeho propuštění z hospitalizace. Sociální pracovník musí mít proto potřebné znalosti nejen o dané komunitě, ale i o vzájemných vazbách a vztazích jednotlivých domácností a skupin. Nezbytná je spolupráce se sociálními pracovníky, kteří poskytují sociální služby v dané komunitě, neboť oni jsou s touto komunitou v každodenním kontaktu a jejich znalosti mohou být užitečné pro vzájemnou spolupráci. (Kuzníková a kol., 2011). Nicméně lůžková psychiatrie by měla být stále nedílnou součástí komunitní péče, neboť někdy i přes plné nasazení extramurálních složek je hospitalizace nevyhnutelná. (Kříčka in Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

Tato podkapitola ukázala nejen na možné důsledky dlouhodobých hospitalizací, ale zároveň na nutnost zřízení dalších komunitních služeb, které by navazovaly na ústavní léčbu, a přitom by byla zachována jejich vzájemná spolupráce. Další kapitola podkryje jednotlivé formy komunitních péče.

3.2 Formy komunitní péče

Následující kapitola popíše možné formy komunitní péče, které u nás začaly vznikat až po roce 1989, kdy se jako alternativa vůči ústavní péči začaly objevovat první terénní služby a první nestátní neziskové organizace, které se zaměřovaly na poskytování psychiatrické rehabilitace na principu komunitní péče. Do té doby u nás tato forma péče téměř neexistovala. (Probstová, Pěč, 2014).

Mezi intermediární zařízení spadají krizová centra poskytující první pomoc v tíživé životní situaci. Dále denní stacionáře, které se snaží usnadňovat začlenění pacienta do běžného života po skončení hospitalizace, péči zde zajišťují během dne. V dlouhodobé péči může nemocným pomáhat i asistent případového vedení (case manager). (Malá, Pavlovský, 2010). V poslední době se od pojmu „case management“ upouští a nahrazuje se pojmem, asertivní komunitní přístup nebo

asertivní komunitní léčba. Novější termín dle Stuchlíka (2001, s. 9) „...*lépe vystihuje podstatu služby či služeb poskytovaných klientovi...*“. Valentová (in Mahrová, Venglářová a kol., 2008) tyto intermediární zařízení označuje za prvky komunitní péče a řadí k nim ještě terénní mobilní týmy, jejichž potřeba vzrostla po zániku návštěvní služby ambulantních psychiatrů. Jejich posláním je zasahovat v krizi, poskytovat pomoc v domácím prostředí nemocným i rodinným příslušníkům, za účelem pokusit se stabilizovat psychický stav pacienta a snižovat tak počet jeho hospitalizací, případně je krátit. V činnosti stacionářů a denních center poukazuje dále Valentová i na jejich volnočasové aktivity jako jsou výlety, sportovní akce, výuka jazyků, výtvarné dílny, kulturní akce a poradenské služby jak právní, tak sociální. V neposlední řadě se sem řadí podpora v oblasti bydlení a práce.

Stuchlík (2001, s. 10) však zdůrazňuje, že komunitní systémy je nutné plánovat a organizovat, aby z nich nevypadávaly nejpotřebnější skupiny klientů. Říká, že „...*dobré služby musí klientovi pomoci zajistit základní životní potřeby...*“, kterými jsou „...*bezpečné a trvalé bydlení, přiměřený příjem, smysluplné zaměstnání a přístup k všeobecné zdravotní péči...*“.

Rovněž v Psychiatrické nemocnici Bohnice je věnována velká pozornost tomu, aby po propuštění pacienta z hospitalizace navazovala péče v místě jeho bydliště. Skutečností je, že jsou ve spektru poskytovaných služeb velké mezery. Pouhé psychiatrické ambulance, jejichž počet ani kapacita neodpovídají skutečným potřebám, nestačí. Je zapotřebí návazné psychoterapie nebo služeb psychiatrických sester v terénu. Těmito problémy se zabývá i připravovaná reforma psychiatrické péče v ČR, která počítá se vznikem center duševního zdraví. (Léčba - péče v komunitě, Psychiatrická nemocnice Bohnice, www.bohnice.cz).

V této kapitole byly zmíněny důvody, proč začaly vznikat služby komunitní péče a byly popsány její možné formy, jež si během vývoje psychiatrické rehabilitace, vytvořily specifické postupy zaměřené na jednotlivé úrovně životních potřeb (domén), kterými jsou práce, bydlení, vzdělávání, volný čas. Přestože se na první pohled zdá, že se jedná o veliké množství služeb, bohužel v praxi jejich kapacita stále nepokrývá poptávku. Následující kapitola se bude věnovat oblasti bydlení a přípravě na přechod z lékařské péče do chráněného bydlení.

4 Příprava duševně nemocných na přechod z lékařské péče

K léčbě hospitalizovaného, duševně nemocného, člověka nestačí pouze nastavení správné medikace. Pokud se nemá kam vrátit a není finančně zajištěn, byla by pak taková léčba pouze poloviční. Pro každého člověka je důležité mít domov, svoji postel a prostor pro své věci a potřeby. Ne jinak je tomu i u duševně nemocných. O své bydlení často přichází v důsledku ztráty zaměstnání, a tím pádem přichází i o pravidelný příjem, ale rovněž ztrácí bydlení v důsledku svého onemocnění, kdy nedomyšlí následky svých činů. Jak je možné, že někdo může zneužít takového jednání, by bylo asi předmětem pro další téma bakalářské práce. Proto, v této práci, na tuto skutečnost, bude pohlíženo jako na fakt, který se prostě stává.

Další otázkou zůstává, zda je tedy dostačující nastavení správné medikace, najít bydlení, vyřízení nějakého příjmu nebo práce a poté hned propuštění z hospitalizace? Je nutné si v této souvislosti uvědomit, že tohle všechno představuje běh na dlouhou trať. Často to bývá otázkou několika měsíců, než se toto podaří zajistit. Po tuto dobu zůstává člověk hospitalizován ve zdravotnickém zařízení, které, jak již bylo zmíněno, jej vytrhne z reálného života a hrozí u něj hospitalismus. Těmto otázkám se budou věnovat následující podkapitoly, které se nejprve se zaměří na chráněné bydlení jako sociální službu a jako prvek komunitní péče. Dále bude věnována pozornost psychiatrické rehabilitaci, bude popsán samotný program přípravy na chráněné bydlení, probíhající během hospitalizace v Psychiatrické nemocnici Bohnice, a v neposlední řadě bude pojednáno o cílové skupině, pro kterou je chráněné bydlení určeno.

4.1 Chráněné bydlení jako jeden z prvků komunitní péče

Chráněné bydlení může být pro duševně nemocné lidi domovem, ale ne trvalým. Někdy také může být pro nemocného člověka řešením, jak se vymanit z nevyhovujícího prostředí, které pro něj představuje velkou zátěž, anebo prostředím,

kde by se mohl, za různé míry podpory a pomoci, naučit osamostatnit se a starat se o sebe a domácnost.

Na začátku je nutné opětně připomenout a zdůraznit, že dlouhodobá hospitalizace může narušit sociální vazby klienta, někdy nenapravitelně. Dle Stuchlíka (2001, s. 11) je vždy nutné „...*volit co nejméně stigmatizující formu azylu...*“, tou může dle něj být např. přechodné chráněné bydlení, které má dle Markové, Venglářové, Babiakové (2006, s. 46) „...*za cíl resocializovat zejména dlouhodobě léčené pacienty a připravit je pro soběstačný a samostatný život...*“. Chráněné bydlení je tedy jednou z možných alternativ k pobytu v ústavním zařízení. Ukazuje se totiž, že řada duševně nemocných lidí je schopna fungovat mimo zdi léčeben, kam se opakovaně doposud vraceli, anebo dlouhodobě pobývali ve více či méně chráněných podmínkách. (Mahrová, Venglářová a kol., 2008).

Zpočátku chráněná bydlení vznikala jen pro mentálně a fyzicky handicapované klienty, později začala být zřizována i pro duševně nemocné, seniory, osoby bez přístřeší a také pro lidi opouštějící výchovná a nápravná zařízení. Chráněná bydlení lidem se zdravotním handicapem, nebo dlouhodobě závislým na pomoci druhé osoby, umožňují žít normálním způsobem života v běžném prostředí, kde současně využívají sociální služby jako běžní občané. U obyvatel chráněného bydlení je plně respektována jejich dospělá role, jsou vedeni k samostatnosti a více rozhodují o svých záležitostech. (Kubalčíková K. in Matoušek a kol., 2013).

Chráněné bydlení je definováno v § 51, zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění, uvedené v 1. kapitole této bakalářské práce. Účelem každé sociální služby je přispívat ke kvalitě života člověka a k jeho lidské důstojnosti, aby se mohl začlenit do společnosti a žít na srovnatelné úrovni s ostatními. Jelikož se jedná o lidi společensky znevýhodněné, je cílem rovněž jejich ochrana před možnými riziky. Porozumění samotné podstatě kvality vede k většímu zájmu o požadavky klientů, kteří si vybírají přednostně služby na míru a také ty služby, které nabízejí něco navíc. Zároveň je snahou organizací poskytujících sociální služby získat a udržet si dobré jméno u veřejnosti, což vede i ke vzájemné konkurenci. (Malík Holasová, 2014).

Vzhledem k rozmanitosti klientely a jejich schopností je k dispozici několik forem podpory bydlení. Jedná se o domy na půli cesty, chráněné bydlení (skupinového či individuálního typu), podporované bydlení a sociální byty. Podporované bydlení je určeno klientům žijícím ve vlastním bytě, za kterými docházejí pracovníci asistenční služby, anebo se na ně klienti mohou v případě potřeby sami obrátit. S jejich pomocí jsou klienti schopni v domácím prostředí fungovat. (Mahrová, Venglářová a kol., 2008). Sociální byty se obvykle nachází v běžné zástavbě. Jsou určené sociálně potřebným lidem k důstojnému žití, kteří nemají kde bydlet a nepotřebují pomoc jiného typu. Přidělují jim je obce i na dlouhodobou smlouvu, pokud se osvědčí. (Matoušek, 2003). Bohužel, těchto bytů je nedostatek.

Chráněná bydlení pro duševně nemocné v Praze poskytuje několik neziskových organizací jako je BONA o.p.s., Fokus Praha o.s., o.s. Baobab, o.s. ESET-HELP a Denní psychoterapeutické sanatorium Ondřejov s.r.o. Z praxe je mi známo, že i přesto, že se jejich služby stále rozšiřují a vylepšují, je počet míst v chráněných bydleních nedostačující. Pořadníky čekatelů jsou plné a čekací doba je několik měsíců, na individuální bydlení i více jak rok. Navíc je služba chráněného bydlení vázána k trvalému bydlišti v Praze, takže klienti a pacienti Psychiatrické nemocnice Bohnice, kteří se v Praze sice zdržují, ale nemají zde trvalé bydliště, na tuto službu nedosáhnou. Pacienti proto mnohdy zůstávají ve zdravotnickém zařízení nebo se do něj stále vracejí, protože např. na ubytovnách nejsou schopni fungovat. Matoušek, Kodymová, Koláčková (2010) tento stav nazývají „*syndromem otáčivých dveří*“, dle jejich mínění je to důsledek toho, že není zajištěna následná péče a zabezpečena podmínka k životu, kterou je mimo práce, finančního zajištění a vztahů i bydlení.

Dalším problémem při přijetí do chráněného bydlení je motivace klientů, kteří se o něj ucházejí. Je pravidlem, že důvodem k přijetí nesmí být pouhá skutečnost, že nemají kde bydlet! Kdo z nich však o sobě řekne, že je neschopný se o sebe a o svou domácnost postarat? Přitom, jak uvádí Stuchlík (2001, s. 11), je skutečností, že „...*duševně nemocní mají často nedostatečné sociální dovednosti jako například navazování vztahů, schopnost bavit se s lidmi, vaření, nakupování, schopnost řešit běžné životní situace...*“ a to zejména ti, kteří prožili mnoho let v léčebnách či ústavech sociální péče.

Mezi další problémy pro přijetí patří i zneužívání návykových látek duševně nemocnými. Nicméně tyto organizace se i s takovými klienty učí a snaží pracovat. (Výroční zpráva 2013, BONA o.p.s., www.bona-ops.cz). Stuchlík k této problematice (2001, s. 10), zmiňuje studie ukazující, že těchto klientů s dvojitou diagnózou („*psychóza a zneužívání psychotropních látek či závislost*“) velice přibývá. Takové lidi se „...*ze své cílové skupiny snaží vyloučit jak služby primárně určené duševně nemocným, tak závislým...*“.

Chráněné bydlení nenahrazuje trvalé bydliště, je časově omezeno. V případě individuálního bydlení je možná doba pobytu nejkratší a to cca 1 -1,5 roku. Ideálním řešením po zvládnutí této formy bydlení by byl přechod do sociálního bytu, ale těch je nedostatek. (Mahrová, Venglářová a kol., 2008). Pak tedy opět nastává problém, kde budou dále bydlet.

Klientům v chráněném bydlení je v závislosti na jejich zdravotním stavu poskytována podpora asistenta nebo terapeuta. Ve skupinovém, dříve komunitním, bydlení je zajišťována pomoc největší, a to až 24 hodin. Klienti mají možnost bydlet ve společných nebo samostatných bytech, záleží na typu chráněného bydlení. Podílejí se na chodu domácnosti, na vaření, úklidu, musí se podřídit určitému režimu. Služba chráněného bydlení je službou placenou. (Mahrová, Venglářová a kol., 2008). Úhradu klienti zajišťují ze svých invalidních důchodů, výdělků ze zaměstnání, pokud pracují, anebo dávkami hmotné nouze. Každý klient by měl být při přijetí do chráněného bydlení finančně zajištěn. V tom mu může být nápomocný sociální pracovník, který mu pomáhá orientovat se v jeho nárocích na dávky a rovněž i s jejich vyřízením. (Matoušek, Kodymová, Koláčková, 2010).

Z praxe mi je bohužel známo, že ne každý duševně nemocný má dostatek financí na úhradu chráněného bydlení. Některé důchody nedosahují ani výše životního minima. Dávky hmotné nouze sice pokryjí náklady na živobytí a bydlení, ale již nestačí na úkony spojené s poskytovanou péčí. K tomuto výdaji by měl být využíván příspěvek na péči, ale i zde praxe ukazuje, že ne každý duševně nemocný má na tento příspěvek nárok.

Marková, Venglářová, Babiaková, (2006) zmiňují i problém, kdy klient disponuje vlastním bydlením, ale není schopen, bez intenzívnějšího nácviku, ho užívat. Aby se mohl připravit v chráněném bydlení a pak se vrátit domů, by pro něj znamenalo dvojitě placení bydlení souběžně, což většinou nejsou schopni sami zvládnout. Výjimečně je to možné jen za přispění rodiny.

Ačkoliv např. Matoušek, Kodymová, Koláčková, (2010, s. 146) upozorňují na objevující se argumenty, že chráněná bydlení mohou být jen „...další *miniinstituce, kde se lidé učí, jak žít ve skupině cizích lidí...*“, což je dle nich „...soubor dovedností, které jsou jen v omezené míře potřebné pro život ve vlastním bytě...“, a že „...doma nebudou mít všechny vymoženosti, jež poskytovateli péče daroval sponzor...“, je pobyt v chráněném bydlení jednou z možností, jak pomoci lidem s duševním onemocněním začlenit se do společnosti a vést plnohodnotný život. Problémem však u některých klientů zůstává, kam budou moci odejít, až jim vyprší doba, kdy v chráněném bydlení mohli být, anebo když už tam není pro ně pobyt nikterak přínosný.

Tato kapitola chtěla poukázat na úplně odlišný způsob života v chráněném bydlení, než který je charakteristický při hospitalizaci. Zejména pro člověka dlouhodobě hospitalizovaného takový život, v takovém bydlení, může být na začátku velice těžký. Proto se znovu klade otázka, zda se dá na takový přechod připravit ještě během hospitalizace.

4.2 Rehabilitace duševně nemocných

Než bude popsán samotný program přípravy na chráněné bydlení je pro bližší pochopení práce s lidmi s duševním onemocněním zapotřebí seznámit nejprve s významem rehabilitace u této skupiny lidí. Této problematice se stručně věnuje následující část bakalářské práce.

Počátky psychosociální rehabilitace se objevily již ve 30. letech minulého století u holandského lékaře Querida, který označil jako hlavní problémy při procesu

rehabilitace duševně nemocných, jejich ekonomické a sociální potíže. Těmto problémům sociálního postavení lidí s chronickým duševním onemocněním se později věnovali i další profesionálové jako např. psychiatr z Anglie, Bennett. Termín psychosociální rehabilitace zahrnuje mnoho různých metod a přístupů. Úkolem je zlepšení života psychosociálně zranitelných lidí a přispění k jejich většímu zapojení do společnosti. Klientům s chronickým duševním onemocněním se věnuje psychiatrická rehabilitace. Podle přístupu Bennetta je předmětem této rehabilitace zachování klientových schopností, dle Anthonyho přístupu je zdůrazňováno znovunabytí schopností klienta. (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

Psychosociální rehabilitace působí ve třech úrovních – klient, jeho prostředí a společnost. Je proto nutností k ní přistupovat komplexně. Z tohoto pohledu představuje samotná rehabilitace „...*dynamický obousměrný proces, jehož cílem je úzdrava, opora a zlepšení kvality života....*“ spočívající ve zlepšení začlenění se do komunity. (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 176). Dále tyto autorky uvádějí, že se rehabilitace zaměřuje „...*na klientova přání a potřeby s ohledem na čtyři životní domény (bydlení, práce, učení, volný čas) a čtyři osobní domény (osobní péče, zdraví, účel a smysl, sociální vztahy)...*“. Cílem je odstraňování překážek a zvyšování příležitostí jak na straně klienta, tak na straně jeho zázemí a společnosti.

Duševní nemoc s nepříznivým vývojem často vyřadí nemocného z běžného života. Vede ke ztrátě práceschopnosti, k invalidizaci, ale i k narušení dosavadních mezilidských kontaktů. Ne zřídka se rozpadá rodinné zázemí. Je proto důležité s rehabilitací začínat již v průběhu hospitalizace, jakmile se zdravotní stav alespoň částečně stabilizuje. Pacient je postupně zapojován do pracovních, kulturních, ale i sportovních programů. Je však třeba přihlížet k jeho aktuálnímu zdravotnímu stavu, nenutit ho k aktivitám, na které se necítí a je nezbytné mít na zřeteli i jeho ovlivnění psychofarmaky. Rehabilitace si klade za cíl vrátit pacientovi jeho dřívější pracovní a společenskou výkonnost a nejlépe zabránit tomu, aby k jejímu narušení vůbec došlo. (Malá, Pavlovský, 2010). Jelikož klienti dlouhodobě pobývající v ústavním zařízení a přecházející do chráněného bydlení bývají často snadno zneužitelní, mají

malé zkušenosti v mezilidských vztazích, je pro ně vhodná příprava formou tréninku a vzdělávání i jejich dlouhodobé doprovázení. (Matoušek a kol. 2013).

Tato podkapitola nastíní důvody, proč pracovat s duševně nemocnými. Zároveň se v této souvislosti již objevila zmínka o vhodnosti připravovat tyto lidi formou tréninku a vzdělání i je dlouhodobé doprovázet, a že je důležité s rehabilitací začínat již v průběhu hospitalizace, jakmile se jejich zdravotní stav alespoň částečně stabilizuje. Vždy je zapotřebí stavět na silných stránkách klienta a mít na zřeteli jeho možnost snadnějšího začlenění se do společnosti. Zároveň tato část práce pomohla k navázání na následující kapitolu, která se bude věnovat programu přípravy pacientů na chráněné bydlení již za hospitalizace, konkrétně v Psychiatrické nemocnici Bohnice.

4.3 Program přípravy na chráněné bydlení v psychiatrické nemocnici Bohnice

Následující podkapitola seznámí s programem přípravy na chráněné bydlení, který probíhá během hospitalizace v Psychiatrické nemocnici Bohnice. Dle zjištění, zatím není písemný zdroj, jak přesně tuto přípravu na chráněné bydlení v Psychiatrické nemocnici Bohnice provádět. Zkušenosti jsou většinou sdíleny ústně. Hodně také záleží na dané situaci a kreativě jednotlivých terapeutů. Požádala jsem proto vedoucí terapeutů zdejšího Centra psychosociálních služeb, aby mi tento program přípravy na chráněné bydlení popsala.

Pro upřesnění je třeba uvést, že přímo v Psychiatrické nemocnici Bohnice se nachází primariát komunitní péče. Spadá pod něj Centrum krizové intervence, Komunitní terénní centrum, Centrum terapeutických aktivit a již zmíněné Centrum psychosociálních služeb nacházející se na pavilonu 4. Pro úplnost lze ještě dodat, že pod tento primariát patří rovněž psychologické a psychiatrické ambulance, které tvoří základ denního stacionáře. (Léčba - centrum krizové intervence, Psychiatrická nemocnice Bohnice, www.bohnice.cz).

V Centru psychosociálních služeb probíhá program přípravy na chráněné bydlení, ale i na přechod do zaměstnání. Je zde také poskytováno poradenství, informace o komunitních službách a o organizacích, které tyto služby poskytují a se kterými také úzce spolupracují. Pacienti sem dochází i na edukační program, který jim má pomoci vysvětlit a porozumět, co je jejich onemocnění, jak rozpoznat příznaky ataky atd. Zaměřují se zde na pacienty hospitalizované na různých odděleních v Psychiatrické nemocnici Bohnice, kteří se po hospitalizaci budou vracet buď domů anebo budou přecházet do nějaké formy chráněného bydlení, nebo do ubytovny. Náplní Centra psychosociálních služeb je takové pacienty vyhledávat, kontaktovat je a motivovat ve spolupráci s lékaři a sociálně zdravotními pracovníky Psychiatrické nemocnice Bohnice. Centrum psychosociálních služeb je socioterapeutické pracoviště. Pomoc realizuje jak na úrovni individuální, jako jsou mapovací, motivační a podpůrné pohovory s pacienty, popř. i s jejich blízkými, tak také na úrovni skupinové, kam patří nácviky komunikačních, praktických a dalších dovedností. (Léčba - centrum krizové intervence, Psychiatrická nemocnice Bohnice, www.bohnice.cz).

Dle sdělení vedoucí terapeutů tohoto Centra, program přípravy na chráněné bydlení si klade za cíl pomoci pacientům osvojit si nebo obnovit sociální dovednosti, s ohledem na jejich možné negativní zkušenosti. Dalším z cílů přípravy na chráněné bydlení je i posouzení, zda je pacient vůbec schopný zvládnout míru zátěže a samostatnosti v podmínkách bydlení mimo areál nemocnice, kde je mu ve standardním režimu hospitalizace vše zajištěno – jídlo, úklid, nemusí nakupovat, mýt nádobí, a kde mu často finance (pokud je má) slouží jen pro jeho osobní potřebu. Denní programy zde mají také předem připravené.

Vedoucí terapeutů tohoto Centra dále uvedla, že se samotný program přípravy na chráněné bydlení skládá převážně ze skupinových aktivit nácvikového charakteru. Část jich probíhá ve cvičné kuchyňce v prostorách budovy centrální terapie, ostatní aktivity se konají v prostorách na pavilonu 4. Jedná se o tematické skupiny, které mají funkci edukativní, nácvikovou a podpůrnou. Individuální práce s klientem se zaměřuje na motivační podpůrné pohovory a individuální plánování.

Pacienti na program přípravy na chráněné bydlení docházejí z pavilonu, kde jsou hospitalizováni. Nejprve se zájemci o chráněné bydlení z celé Psychiatrické nemocnice Bohnice zúčastní informativní schůzky, kde získají základní, obecné informace o chráněných bydleních, o financování a o podmínkách přijetí. Pro jejich ošetřujícího lékaře zde obdrží k vyplnění lékařské doporučení, kde se uvádí diagnózy a informace o případných alergiích a dalších onemocněních. (Příloha č. 1). Následné doručení vyplněného formuláře od lékaře je pro terapeuta zároveň zpětnou vazbou, že má pacient o chráněné bydlení zájem, že je o tom informován lékař a že pacientova diagnóza splňuje kritérium cílové skupiny. Poté jsou pacienti zařazeni do skupin a účastní se samotného programu na přípravu na chráněné bydlení, který se skládá z nácviku komunikace, nácviku praktických dovedností a cvičné kuchyňky (nácvik nakupování, vaření).

K jednotlivým aktivitám pak sdělila, že v rámci nácviku komunikace si pacienti zkusí vzájemně se poslouchat, reagovat na sebe, být empatičtí, předávat si své zkušenosti a jednat asertivně. Tato skupina probíhá přibližně v deseti tematických okruzích, využívají se různé techniky, nejčastěji hraní rolí v konkrétních situacích (např. odmítnout, když chce po něm někdo půjčit peníze nebo dát cigaretu atd...).

V rámci praktických dovedností se zaměřují na situace a každodenní problémy, které se mohou vyskytovat v běžném životě, jako je hospodaření s penězi a finanční plánování, komunikace s úřady (vyplňování dokumentů, žádostí), ceny potravin, služeb, péče o domácnost (např. kolik bude stát jídlo na tři dny atd.). Plánují, co budou vařit ve cvičné kuchyňce, co k tomu budou potřebovat a kolik to bude stát, sestavují si jídelníček, mluví o zdravém stravování. Rovněž se zde seznamují s pravidly služby chráněného bydlení.

V rámci cvičné kuchyňky si před samotným vařením musí nakoupit potraviny. Je to pro ně i forma praktického tréninku, kdy pracují s penězi, musí nakoupit vše potřebné atd. Vaří většinou jednoduchá a cenově dostupná jídla, neboť finanční částky na tyto aktivity jsou poměrně nízké, činí 80,-Kč/jedno vaření pro jednu skupinu. Z časových důvodů trvání této aktivity (během 2 hodin, kam se započítává i nákup potravin a úklid prostor kuchyňky) vaří jídla časově nenáročná. Při samotném vaření se kromě aktivního zapojení se do přípravy jídla, učí také zacházet

s kuchyňskými spotřebiči, ale i spolupracovat s druhými, domluvit se na kompromisu zejména o tom, co se bude vařit, rozdělit si činnosti. Na závěr skupiny uvařený pokrm na konci skupiny společně snědí.

Pro tyto aktivity je důležité, aby se jich pacient zúčastnil, a to, i když se mu nechce. Zkusil se aktivně zapojit a pokusil se tam vydržet, což může být motivující a významné pro postupné zvyšování míry zátěže. V rámci přípravy na chráněné bydlení se pořádají také exkurze do chráněných bydlení BONA o.p.s., která jsou v blízkosti Psychiatrické nemocnice Bohnice. Smyslem je pacienty seznámit, motivovat a ukázat jim, jak chráněné bydlení funguje a jak to tam vypadá. Před blížícím se nástupem již do konkrétního typu chráněného bydlení má pacient možnost docházet tam na jejich ranní komunity a dopolední program, včetně vaření.

V této podkapitole byl popsán program přípravy na chráněné bydlení, tak, jak je prezentován pracovníky Centra psychosociálních služeb. Jak ho však vnímají samotní pacienti a dnes již klienti chráněného bydlení, a jak experti z Psychiatrické nemocnice Bohnice, kteří se v přípravě angažují a jak vnímají připravenost na chráněné bydlení samotní pracovníci chráněného bydlení BONA o.p.s., kteří přebírají naše pacienty? Tomuto tématu se bude věnovat metodická část této bakalářské práce. Před tím však ještě musí být popsáno, kdo vůbec tvoří cílovou skupinu chráněného bydlení a zároveň i cílovou skupinu, která se v Psychiatrické nemocnici Bohnice účastní programu přípravy na chráněné bydlení.

4.4 Cílová skupina chráněného bydlení

Téměř u všech zmíněných organizací, které poskytují chráněné bydlení pro duševně nemocné v Praze, jsou cílové skupiny stejné. Proto nebude nijak zkreslena validita údajů, pokud se zaměřím pouze na neziskovou organizaci BONU o.p.s, kterou v červnu 1999 založil tehdejší ředitel Psychiatrické léčebny Bohnice, MUDr. Zdeněk Bašný, společně s Nadací Bona, „...za účelem vytvoření prostoru pro psychosociální rehabilitaci duševně nemocných lidí, kteří jinak jen obtížně opouštějí léčebnu...“. (Historie vzniku, BONA o.p.s., www.bona-ops.cz).

S touto organizací ve své praxi také nejvíce spolupracuji. Její cílovou skupinou jsou lidé ve věku 18 – 64 let, kterým byla diagnostikována duševní porucha z okruhu psychóz. (Chráněné bydlení, BONA o.p.s., www.bona-ops.cz). Metodická část bakalářská práce bude zaměřena na lidi, kteří trpí tímto onemocněním, a proto se bude následující kapitola věnovat této skupině onemocnění (F 20 – F29).

V České republice se stanovuje konkrétní diagnóza podle Mezinárodní klasifikace nemocí (současná 10. revize) – používaná zkratka MKN-10. Duševní poruchy tvoří samostatnou kapitolu. Nachází se zde základní rozdělení duševních poruch a poruch chování, která se vyznačují určitou skupinou znaků a příznaků, které se objevují společně, v konkrétní oblasti se odlišují od ostatních a necharakterizují jiné onemocnění. I pro sociálního pracovníka je toto medicínské rozdělení duševních poruch vodítkem ke znalosti příznaků, průběhu onemocnění, ale i možných dopadů na život nemocného člověka. (Probstová, Pěč, 2014).

Nejčastějším typem onemocnění cílové skupiny chráněného bydlení bývá paranoidní schizofrenie (F 20). V historii prodělávalo klinické pojetí schizofrenního onemocnění řadu změn. Za připomínku stojí Krapelin, který prvně identifikoval schizofrenii jako samostatné onemocnění. Nazýval ji „předčasnou demencí“, aby podtrhl charakteristický soubor příznaků počínajících v rané dospělosti s postupným úbytkem psychických funkcí. Až Bleuler, v roce 1911, pojmenoval tuto skupinu onemocnění schizofrenií (z řečtiny, v překladu znamená štěpit mysl). Došel k závěru, že „...jednou z nejvýznamnějších charakteristik onemocnění je štěpení různých psychických funkcí....“ (Probstová, Pěč, 2014, s. 20).

Toto onemocnění je rozšířeno na celém světě, jeho prevalence se pohybuje mezi 0,6 – 1,5 procentem, objevuje se stejně často jak u žen, tak u mužů. (Vanasse a kol., 2012 in Probstová, Pěč, 2014). Etiologie není dosud zcela jasná, lze usuzovat, že se na ní podílí celá řada biologických, sociálních a psychologických faktorů. Trpí-li např. jeden z rodičů touto diagnózou, pravděpodobnost onemocnění schizofrenií jeho dítěte je 12 %. (Raboch, Pavlovský, 1998, s. 71). Malá, Pavlovský (2010, s. 58) uvádějí, že začátek onemocnění se nejčastěji vyskytuje v adolescenci v 16-18 letech a pak kolem 25. - 30. roku. O schizofrenii se vyjadřují jako o nemoci, která „...ničící intelektový, osobnostní, emoční i sociální život jedince. Vede ke ztrátě kontaktu

s realitou, k narušení vztahu k sobě samému a k vnějšímu světu....“ Dále uvádějí, že asi 20% pacientů má velmi dobrou prognózu. Za život prodělají jednu epizodu bez následků. Asi třetina nemocných prodělá několik epizod – atak, ale u další třetiny pacientů jsou opakující se ataky, které mohou vést až k devastaci psychických i sociálních funkcí.

Mezi základní příznaky onemocnění patří poruchy myšlení a jednání. Aby mohla být diagnostikována schizofrenie, uvádí se, že alespoň jeden z příznaků jako jsou slyšení vlastních myšlenek, bludy s obsahem vnějšího ovládní či halucinace komentující chování pacienta anebo nápadné změněné chování, musí být přítomno déle než jeden měsíc. (Raboch, Pavlovský, 1998), či musí být prokázána přítomnost nejméně dvou méně charakteristických příznaků, jako jsou přetrvávající halucinace, nesouvislé myšlení, negativní příznaky. (Probstová, Pěč, 2014). S nemocí jsou spojovány dva typy příznaků – pozitivní a negativní. Mezi negativní příznaky, které lze hůře ovlivnit léky, patří neschopnost radovat se, oploštělost emocí, sociální izolace. Naopak pozitivní příznaky kam se řadí halucinace, bludy, nesouvislá řeč nebo podivné pohyby, daleko rychleji ustupují po léčbě neuroleptiky. (Malá, Pavlovský, 2010).

V praxi se rozlišují různé formy schizofrenie – paranoidní, hebefrenní, katatonní, nediferencovaná, reziduální, simplexní a jiné. Paranoidní schizofrenie patří k nejčastější formě. (Raboch, Pavlovský, 1998). Léčba schizofrenie je realizována prostřednictvím farmakoterapie. Základ tvoří neuroleptika, někdy se používá elektrokonvulzivní terapie. Po odeznění akutní symptomatiky, má své místo v léčbě i socioterapie a psychoterapie. (Malá, Pavlovský, 2010).

Do okruhu psychóz se dle MKN řadí i schizotypální poruchy vyznačující se nápadností v chování (jako je např. společenská odtážitost), v myšlení (např. vtíravé představy) a v afektivitě, připomínající schizofrenii, ale nedosahují její hloubky. Pro stanovení této diagnózy musí porucha trvat nejméně dva roky. Dále do okruhu psychóz patří poruchy s bludy, jejichž příznakem jsou poruchy myšlení v podobě systematizovaného bludu, se kterým se může pojít nějaká traumatizující událost. ((Raboch, Pavlovský, 1998).

Duševní nemoci jsou velmi častou příčinou invalidizace. Je s nimi spojováno velké riziko sebevražedného jednání a tím předčasné ukončení života. Duševně nemocní jsou mnohdy společnostmi vnímáni jako neschopní, nepředvídatelní, ale i jako nebezpeční. Toto hodnocení, a tento pohled na ně, často vede ke stigmatizaci (ocejchování). (Malá, Pavlovský, 2010). Dále se k tématu duševního onemocnění pojí i diskriminace spojená s potížemi získat a udržet si zaměstnání a bydlení. Jako nejlepší obrana proti stigmatizaci je dle Baudiše, Libigera (2002, s. 39) „...*plná informovanost pacienta o povaze, průběhu a důsledcích jeho onemocnění, o tom, jak s nemocí zacházet a jak se s ní naučit žít...*“

Jak uvádí Baštecký (1997), duševní nemoci jsou také nejčastější příčinou, která vede k omezení způsobilosti k právním úkonům (dnes je tento pojem nahrazen pojmem svéprávnost). Podotýká, že nemoc postihuje některé složky osobnosti a jeho jednání, které ovlivňují jeho způsobilost nakládat s majetkem a příjmem.

Dlouhodobě hospitalizovaní duševně nemocní jsou snadno ohroženi problémem hospitalismu a s tím související závislostí na institucionální péči, kdy jsou jim vedle léčby zajišťovány i veškeré materiální potřeby (Mahrová, Venglářová a kol., 2008) a kdy se u nich vytrácí pocit vlastní odpovědnosti, neboť rozhodnutí jsou v podstatě prováděna za ně. (Matoušek, Kodymová, Koláčková, 2010). Jak uvádí Malá, Pavlovský (2010, s. 111) „...*nudící se, bezcílně se potloukající pacienti zvolna degradují na zcela pasivní bytosti, jejichž zájem se omezuje jen na jídlo a kouření...*“. Je proto zapotřebí tyto vlivy a dopady zmírňovat.

Tato podkapitola se snažila vystihnout podstatu duševního onemocnění, zejména schizofrenie, která je nejčastější diagnózou klientů, kteří se připravují na chráněné bydlení. Pochopení, uvědomění si problémů a důsledků, které tato nemoc přináší, je důležité při rehabilitaci těchto lidí a i při samotné přípravě na chráněné bydlení.

..

4.5 Shrnutí teoretické části

Teoretickou část jsem pojala tak, aby tvořila teoretický základ pro navazující metodickou část předložené bakalářské práce.

V první kapitole jsem se snažila objasnit nejčastěji užívané pojmy a zároveň podkrýt témata, která se budou prolínat celou prací. Druhá kapitola zmapovala vývoj péče o duševně nemocné, který se měnil v souvislosti se situací ve společnosti, ale i s její vyspělostí. Nastínila též názory a postoje k přijímání a k inkluzi takto nemocných mezi ostatní, které jsou dodnes negativně zakořeněny v mysli některých lidí. Bylo poukázáno i na určité momenty v péči a v přístupu k lidem s duševním onemocněním, které znamenaly posun ve smýšlení o nich samotných.

Ve třetí kapitole byly zmíněny důvody, proč začaly vznikat služby komunitní péče, jejichž smyslem je pomáhat lidem s duševním onemocněním žít co nejvíce v jejich přirozeném prostředí a uspokojovat jejich potřeby za pomoci a využití všech dostupných služeb, programů a různých zařízení. Byly též popsány možné formy komunitní péče, jež si během vývoje psychiatrické rehabilitace, vytvořily specifické postupy zaměřené na jednotlivé úrovně životních potřeb (domén), kterými jsou práce, bydlení, vzdělávání, volný čas.

Do čtvrté kapitoly, kterou jsem souhrnně pojmenovala „Příprava duševně nemocných na přechod z lékařské péče“ jsem zařadila čtyři podkapitoly. V první z nich jsem nejprve podrobněji popsala službu chráněného bydlení, které může být jednou z možností, jak pomoci lidem s duševním onemocněním začlenit se do společnosti a vést plnohodnotný život. Bylo však nutné i nastínit problémy, které mohou nastat po vypršení smlouvy o této službě. Cílem bylo rovněž poukázat na úplně odlišný způsob života v chráněném bydlení, než který je běžný, zejména při dlouhodobé, hospitalizaci v nemocnici.

Další podkapitola se zabývala významem rehabilitace duševně nemocných a hlavními problémy při tomto procesu, kterými jsou ekonomické a sociální potíže těchto lidí. Bylo zdůrazněno, že psychosociální rehabilitace působí ve třech úrovních – klient, jeho prostředí a společnost, a že je nutné k ní přistupovat komplexně. „...*Cílem je úzdrava, opora a zlepšení kvality života*“ ... a že je nezbytné, aby se

zaměřovala „...na klientova přání a potřeby s ohledem na čtyři životní domény (bydlení, práce, učení, volný čas) a čtyři osobní domény (osobní péče, zdraví, účel a smysl, sociální vztahy)....“ Zároveň se v této souvislosti již objevila zmínka o vhodnosti připravovat tyto lidi formou tréninku a vzdělání i je dlouhodobé doprovázet, a že je důležité s rehabilitací začínat již v průběhu hospitalizace, jakmile se jejich zdravotní stav alespoň částečně stabilizuje.

Následující podkapitola pak seznámila se samotným programem přípravy na chráněné bydlení, který probíhá během hospitalizace v Psychiatrické nemocnici Bohnice, tak, jak je prezentován pracovníky tamního Centra psychosociálních služeb. Jak ho však vnímají samotní pacienti a klienti chráněného bydlení BONA o.p.s., a jak experti z Psychiatrické nemocnice Bohnice, kteří se v přípravě angažují a jak vnímají samotnou připravenost pacientů experti z chráněného bydlení BONA o.p.s., kteří je přebírají do své péče, bude zjišťováno v metodické části bakalářské práce.

Teoretickou část zakončuje poslední podkapitola čtvrté kapitoly, věnující se podstatě duševního onemocnění, zejména schizofrenii, která je nejčastější diagnózou pacientů, kteří se připravují na chráněné bydlení. Je nutné uvést, že tito lidé bývají společností vnímáni někdy velmi negativně a že z nich někteří mají strach. Tato hodnocení často vedou ke stigmatizaci duševně nemocných, ale též k diskriminaci spojenou s potížemi získat a udržet si zaměstnání a bydlení. Duševní nemoci jsou i velmi častou příčinou invalidizace. Dlouhodobě hospitalizovaní duševně nemocní jsou snadno ohroženi problémem hospitalismu a s tím související závislostí na institucionální péči, kdy jsou jim vedle léčby zajišťovány i veškeré materiální potřeby.

Pochopení, uvědomění si problémů a důsledků, které tato nemoc přináší, je důležité při rehabilitaci těchto lidí a tedy i při samotné přípravě na chráněné bydlení probíhající během hospitalizace v Psychiatrické nemocnici Bohnice, na kterou se zaměřuje výzkumné šetření popsané v následující metodické části předložené bakalářské práce. Hlavním výzkumným cílem je **vyhodnocení přípravy na chráněné bydlení očima samotných pacientů** Psychiatrické nemocnice Bohnice a **klientů chráněného bydlení BONA o.p.s.**, a **vyhodnocení přípravy na chráněné**

bydlení **očima expertů podílejících se na přípravě** v Psychiatrické nemocnici Bohnice na jedné straně a **expertů z chráněného bydlení BONA o.p.s.** na straně druhé. Pomocí kvalitativní výzkumné strategie, formou polostrukturovaného rozhovoru, bude zjišťován jejich názor na efektivnost, užitečnost, kvalitu či naopak na neefektivnost a nedostatečnost, tohoto programu přípravy na chráněné bydlení během hospitalizace.

Na základě těchto zjištění a komparace odpovědí zmiňovaných respondentů na jednotlivé dílčí výzkumné cíle bude odpovězeno na hlavní cíl této bakalářské práce a to, zda příprava duševně nemocných pacientů na přechod z hospitalizace v Psychiatrické nemocnici Bohnice do chráněného bydlení usnadňuje a napomáhá ke snazší adaptaci a začlenění těchto lidí do společnosti.

5 Vyhodnocení přípravy na chráněné bydlení

V bakalářské práci se zaměřuji na Program přípravy na chráněné bydlení, který v Psychiatrické nemocnici Bohnice probíhá v rámci léčby. Následující kapitoly této předložené práce jsou zaměřeny na vysvětlení zvolené výzkumné strategie, metod a technik sběru dat, které budou využívány v rámci výzkumného šetření. Bude popsána strategie výběru respondentů, vyhodnocení i interpretace získaných dat z výzkumného šetření.

Na základě těchto zjištění a komparace odpovědí respondentů na jednotlivé dílčí výzkumné cíle bude odpovězeno na hlavní cíl této bakalářské práce a to, zda příprava duševně nemocných pacientů na přechod z hospitalizace v Psychiatrické nemocnici Bohnice do chráněného bydlení usnadňuje a napomáhá ke snazší adaptaci a začlenění těchto lidí do společnosti.

Cílem metodické části je vyhodnocení přípravy na chráněné bydlení očima samotných pacientů Psychiatrické nemocnici Bohnice a klientů chráněného bydlení BONA o.p.s., a očima expertů podílejících se na přípravě v Psychiatrické nemocnici Bohnice na jedné straně a expertů z chráněného bydlení BONA o.p.s. na straně druhé. Pomocí kvalitativní výzkumné strategie, formou polostrukturovaného rozhovoru, bude zjišťován jejich názor na efektivnost, užitečnost, kvalitu či naopak na neefektivnost a nedostatečnost, tohoto programu přípravy na chráněné bydlení během hospitalizace.

5.1 Metoda výzkumu

Pro účely této práce jsem zvolila jako vhodnou výzkumnou strategii kvalitativní výzkum, který je vhodný právě v případech, kdy je zapotřebí získat informace ohledně toho, jak určitou problematiku konkrétní osoba vnímá. Jako vhodnou metodu dotazování jsem vybrala techniku polostrukturovaného kvalitativního

rozhovoru, který vyhovuje potřebám mého výzkumu. Tato metoda umožňuje informantům vyjevit své subjektivní pohledy a názory na danou problematiku.

Jak uvádí Matoušek a kol. (2013, s. 527) „...kvalitativní údaje se používají k získání detailů o subjektivních zkušenostech lidí...“ Kvalitativní výzkum je vhodné uplatnit tam, kde se hodnotí sociální programy, zejména ta část programu, která se nedá kvantifikovat, např. klientovo vnímání pracovníka postoje. (Matoušek, 2003, s. 100). Hendl (2005) ke kvalitativnímu výzkumu uvádí, že to je výzkum, který se provádí pomocí intenzivního kontaktu s jedincem. Na začátku výzkumu si výzkumník stanoví cíl výzkumu a výzkumné otázky, které se mohou upravovat či doplňovat v průběhu celého výzkumu. Kvalitativní výzkum vyžaduje delší časové období. Sběr dat a jejich analýza probíhají souběžně. Výsledná zpráva může obsahovat rozsáhlé citace z rozhovorů, podrobný popis místa zkoumání, osobní komentáře výzkumníka, videozáznamy atd. Volba metody se řídí výzkumným problémem. Mezi hlavní kvalitativní metody řadí kvalitativní dotazování, pozorování a sběr dokumentů. Dle Hendla (2005, s. 166) „...je vedení kvalitativního rozhovoru uměním i vědou zároveň. Vyžaduje dovednost, citlivost, koncentraci, interpersonální porozumění a disciplínu...“.

Polostrukturovaný kvalitativní rozhovor patří mezi jednu z nejužitečnějších metod sběru dat. Tento typ rozhovoru má předem dané otázky, ale i otázky volně přidružené, které mohou být kladeny v různém pořadí. Rozhovor probíhá mezi výzkumníkem a informantem, kterému je umožněno vyjádřit svůj názor. „...Otázky v kvalitativním interview by měly být skutečně otevřené, neutrální, citlivé a jasné. Základní snahou při vymýšlení otázek je minimalizovat vnucování určitých odpovědí samou formulací otázky...“ (Hendl, 2005, s.169).

5.2 Formulace cíle výzkumu

Hlavním výzkumným cílem metodické části je vyhodnocení přípravy na chráněné bydlení očima samotných pacientů Psychiatrické nemocnice Bohnice a klientů chráněného bydlení BONA o.p.s., a očima expertů podílejících se na přípravě v Psychiatrické nemocnici Bohnice na jedné straně, a expertů z chráněného bydlení

BONA o.p.s. na straně druhé. Bude zjišťován jejich názor na efektivnost, užitečnost, kvalitu či naopak na neefektivnost a nedostatečnost, tohoto programu přípravy na chráněné bydlení, který probíhá během hospitalizace v Psychiatrické nemocnici Bohnice. Hlavní cíl výzkumu jsem rozpracovala do čtyř dílčích výzkumných cílů.

Dílčí výzkumný cíl 1: Zjistit klady a zápory programu přípravy na chráněné bydlení z pohledu pacienta Psychiatrické nemocnice Bohnice.

První dílčí cíl zjišťuje, jak pacienti Psychiatrické nemocnice Bohnice hodnotí samotný program přípravy na chráněné bydlení. Které aktivity nácvikového charakteru navštěvují nejraději, a které naopak postrádají. Dále tento cíl zjišťuje, jak pacienti hodnotí přístup jednotlivých terapeutů a prostředí, ve kterém aktivity probíhají. V neposlední řadě se zaměřuje na to, zda je příprava nějak obohacuje a co by sami v oblasti přípravy chtěli zlepšit.

Dílčí výzkumný cíl 2: Zjistit klady a zápory programu přípravy na chráněné bydlení z pohledu klientů chráněného bydlení BONA o.p.s.

Druhý dílčí cíl zjišťuje, jak klienti chráněného bydlení BONA o.p.s. hodnotí s odstupem času samotný program přípravy na chráněné bydlení, který za hospitalizace v Psychiatrické nemocnici Bohnice absolvovali. Které aktivity nácvikového charakteru navštěvovali nejraději, a které naopak postrádali. Dále tento cíl zjišťuje, jak klienti zpětně hodnotí přístup jednotlivých terapeutů a prostředí, ve kterém aktivity probíhaly. V neposlední řadě se zaměřuje na to, zda je příprava nějak obohatila a co by sami klienti po vlastních zkušenostech bydlení v chráněném bydlení navrhovali v oblasti přípravy zlepšit, nebo co by spíše preferovali do programu zařadit.

Dílčí výzkumný cíl 3: Zjistit klady a zápory programu přípravy na chráněné bydlení z pohledu expertů z Psychiatrické nemocnice Bohnice (lékař, zdravotně sociální pracovník, terapeut).

Třetí dílčí cíl zjišťuje, jakou roli v programu přípravy na chráněné bydlení zastávají jednotlivé profese, které se svým způsobem na přípravě do chráněného bydlení

podílejí a co by z jejich pohledu v přípravě navrhovali zlepšit. Dále zjišťuje, zda příprava pacienty nějakým způsobem ovlivňuje, motivuje ke spolupráci a k léčbě.

Dílčí výzkumný cíl 4: Zjistit klady a zápory programu přípravy na chráněné bydlení z pohledu expertů z chráněného bydlení BONA o.p.s.

Čtvrtý dílčí cíl zjišťuje, zda absolvování programu přípravy v Psychiatrické nemocnici Bohnice pacienty dostatečně připraví na přechod a pobyt v chráněném bydlení. V čem vidí přínos samotné přípravy a co by naopak do přípravy zařadili nebo přivítali, aby tam bylo.

Každý výše uvedený dílčí výzkumný cíl jsem transformovala do sady tazatelských otázek a výslednou podobu jsem zaznamenala v následující transformační tabulce, kde je v případě Psychiatrické nemocnice Bohnice užívána zkratka **PNB** a v případě chráněného bydlení BONA o.p.s. užívána zkratka **CHB BONA o.p.s.**:

Tab. 1 Transformace dílčích výzkumných cílů do tazatelských otázek

Hlavní výzkumný cíl	Dílčí výzkumný cíl	Výzkumná technika	Sledované indikátory	Výzkumné otázky	
Vyhodnocení přípravy na chráněné bydlení očima samotných pacientů PNB a klientů CHB BONA o.p.s. a očima expertů podílejících se na přípravě v PNB na jedné straně a expertů z CHB BONA o.p.s. na straně druhé.	Zjistit klady a zápory programu přípravy na chráněné bydlení z pohledu pacienta PNB.	Polostrukturovaný rozhovor - pacienti PNB	Zájem o program a o poskytované služby. Vlastní zkušenost.	Které aktivity nácvikového charakteru navštěvujete nejraději?	
				Které aktivity naopak postrádáte?	
				Jak hodnotíte přístup jednotlivých terapeutů?	
				Jak se Vám líbí prostředí, kde aktivity probíhají?	
				V čem je pro Vás příprava užitečná?	
	Zjistit klady a zápory programu přípravy na chráněné bydlení z pohledu	Polostrukturovaný rozhovor - klienti CHB BONA o.p.s.	Vlastní zkušenost, postřehy.		Co byste sám v oblasti přípravy chtěl zlepšit?
					Které aktivity nácvikového charakteru jste navštěvoval nejraději?
					Které jste naopak postrádal?
					Jak zpětně hodnotíte přístup jednotlivých terapeutů?

	klientů CHB BONA o.p.s.			Jak zpětně hodnotíte prostředí, ve kterém aktivity probíhaly?
				V čem pro Vás příprava byla užitečná?
				Co byste sám, po Vaší zkušenosti s bydlením v CHB, v oblasti přípravy, chtěl vylepšit nebo do programu zařadit?
	Zjistit klady a zápory programu přípravy na chráněné bydlení z pohledu expertů z PNB (lékař, zdravotně sociální pracovník, terapeut).	Polostrukturovaný rozhovor - experti PNB	Vlastní zkušenost, postřehy.	Jakou roli v programu přípravy na chráněné bydlení zastáváte?
				Co byste z Vašeho pohledu navrhoval v přípravě zlepšit?
				Pozorujete, že by příprava pacienty nějak měnila v jejich přístupu k léčbě a ke spolupráci?
	Zjistit klady a zápory programu přípravy na chráněné bydlení z pohledu expertů z CHB BONA o.p.s.	Polostrukturovaný rozhovor - experti CHB BONA o.p.s.	Vlastní zkušenost, postřehy.	Jsou pacienti přicházející z hospitalizace v PNB připraveni na pobyt v CHB BONA o.p.s.?
				V čem vidíte přínos samotné přípravy?
				Co byste do přípravy zařadili?

zdroj: vlastní

5.3 Popis výzkumného místa

V bakalářské práci se zaměřuji na Program přípravy na chráněné bydlení, který v Psychiatrické nemocnici Bohnice probíhá v rámci léčby. Samotný kvalitativní výzkum bude probíhat na dvou místech a to v Psychiatrické nemocnici Bohnice a v chráněných bydleních BONY o.p.s.

Pro dokreslení představy o místech, kde bude výzkum prováděn, je třeba uvést, že Psychiatrická nemocnice Bohnice je zdravotnické zařízení, které existuje již více jak sto let. Poskytuje zdravotní péči ve čtyřech základních oblastech (psychiatrie pro dospělé, dětská psychiatrie, geronto-psychiatrie, léčba závislostí). Oddělení jsou rozdělena na akutní a následnou péči. (Domácí řád - Psychiatrická nemocnice Bohnice, www.bohnice.cz).

V roce 1996 zde byl zřízen rehabilitačně – resocializační primariát na pavilonu 4. (Tichý, 2006). Na tomto pavilonu se dnes nachází Centrum psychosociálních služeb, kde probíhá program přípravy na chráněné bydlení. Dalším místem, které v této souvislosti zmíním, je oddělení I. následné péče na pavilonu 30, které je jedním, z celkového počtu 31 lůžkových léčebných oddělení v Psychiatrické nemocnici Bohnice. Tady jsou pacienti, pro účely účasti na terapeutických aktivitách, rozděleni do skupin dle jejich diagnózy. (I. následná péče - Psychiatrická nemocnice Bohnice, www.bohnice.cz). Jednu skupinu tvoří pacienti připravující se na chráněné bydlení. Na tomto pavilonu jsou zřízené i tréninkové byty, do kterých přecházejí pacienti z tohoto oddělení, kteří by měli v brzké době nastoupit do některého chráněného bydlení. Cílem je vést tyto pacienty k větší samostatnosti. (Domácí řád oddělení 30 - Psychiatrická nemocnice Bohnice, www.bohnice.cz). Pracuje se s nimi zde více individuálně, postupně se jim rozvolňuje režim, sestavuje se s nimi individuální a krizový plán. O rozhovor pro účel mého výzkumného šetření budou požádáni pacienti z tohoto oddělení, i ti z tréninkových bytů, kteří jsou ve zmíněné skupině připravující se na chráněné bydlení.

Dalším místem výzkumného šetření je organizace BONA o.p.s., která mimo jiné poskytuje několik chráněných bydlení. Jde o nestátní neziskovou organizaci, která byla založena za účelem vytvoření rehabilitačních služeb pro duševně nemocné. Svou činnost zahájila k 1. 6. 1999. (Historie vzniku - BONA o.p.s., www.bona-ops.cz). Smyslem této organizace je napomáhat lidem s tímto onemocněním opětovně se začlenit do společnosti a zkvalitnit jejich život „...*při zachování důstojných životních podmínek*...“. Poskytuje tři sociální služby: chráněné bydlení, podporu samostatného bydlení a sociální rehabilitaci. (Základní prohlášení, BONA o.p.s., www.bona-ops.cz). S jejich klienty a zaměstnanci bude veden rovněž polostrukturovaný rozhovor v rámci mého kvalitativního výzkumu.

6 Organizace a průběh výzkumného šetření

Výzkumný vzorek v konečné fázi zahrnuje 5 pacientů s duševním onemocněním (okruh psychóz), kteří jsou v současné době hospitalizováni v Psychiatrické nemocnici Bohnice na oddělení I. následné péče na pavilonu 30 a připravují se zde na přechod do chráněného bydlení a 3 klienty z chráněného bydlení BONA o.p.s., kteří se na přechod do chráněného bydlení také v Psychiatrické nemocnici Bohnice připravovali během své hospitalizace. Dále výzkumný vzorek tvoří 3 experti z Psychiatrické nemocnice Bohnice (lékař, zdravotně sociální pracovník, terapeut) a 3 experti (terapeuti) z různých forem chráněného bydlení BONA o.p.s.

Vzhledem k tomu, že výzkumná šetření probíhala v zařízení, kde pracuji a v zařízeních, se kterým často spolupracuji a kam přechází naši pacienti, byla moje situace lehčí v osobní znalosti budoucích respondentů a ukázala se i jako pozitivní, zejména při utváření vzájemné důvěry. Občas bylo obtížné ohlídat si své pocity a nereagovat recipročně, na což upozorňuje i Hendl (2005). Nicméně se podařilo, že v daný moment výzkumného šetření jsem nebyla zdravotně sociální pracovnící, ale výzkumníkem a moji kolegové, pacienti, klienti, byli respondenty.

Sběr dat v Psychiatrické nemocnici Bohnice se uskutečnil se souhlasem zdejší etické komise (Příloha č. 2) a po ústním uvědomění primáře oddělení a vedoucího lékaře. V chráněném bydlení BONA o.p.s. mohlo začít výzkumné šetření po udělení souhlasu od jejich ředitele (domluva probíhala formou emailové korespondence), který mi provedení rozhovorů odsouhlasil s podmínkou, abych se obrátila na vedoucí sociální služby chráněného bydlení, která má na starosti stáží v jejich organizaci a je schopna potvrdit a vytipovat klienty, kteří by s rozhovory souhlasili. Dále pan ředitel žádal, abych používala oficiální název BONA o.p.s. (pozn. autora této bakalářské práce – v běžné mluvě užíváme pouze pojmu Bona). Následně oslovená vedoucí sociální služby, dle doporučení ředitele BONY o.p.s., mé žádosti také vyhověla a poskytla mi seznam respondentů. Postupně jsem každého osobně navštívila a domluvila se na konkrétním termínu pro náš rozhovor. Všichni přivítali, že se za nimi za účelem rozhovoru do chráněného bydlení dostavím. V Psychiatrické nemocnici Bohnice probíhaly rozhovory v mé kanceláři, kde jsem dbala zejména na

to, abychom nebyli jinými pacienty rušeni. Jednotlivé pracovníky Psychiatrické nemocnice Bohnice jsem za účelem výzkumného šetření navštívila na jejich pracovišti.

Byla jsem si vědoma mnohých etických otázek, a proto jsem, mimo zachování soukromí při rozhovorech, všechny zúčastněné informovala předem o účelu získávání informací, o možnosti, že nemusí odpovídat na otázky, které by pro ně byly nepříjemné a o tom, že bude zajištěna jejich naprostá anonymita.

6.1 Popis realizace výzkumného šetření

V následující části bakalářské práce budou interpretovány a analyzovány získané odpovědi na jednotlivé dílčí cíle za účelem získání odpovědi na hlavní výzkumný cíl. Pracovníci Psychiatrické nemocnice Bohnice a chráněného bydlení BONA o.p.s. souhlasili s nahráváním rozhovorů na mobilní telefon. Přepis jednoho rozhovoru uvádím v příloze č. 3, této bakalářské práce. Pacienti a klienti s nahráváním rozhovorů nesouhlasili, ale neměli námitek proti zaznamenávání si jejich odpovědí formou mých poznámek na papír, které mám uloženy ve svém archívu. Přepisy rozhovorů jsem prováděla hned po jejich skončení, dokud jsem měla v paměti celkovou atmosféru při rozhovoru.

Jak upozorňuje Hendl (2005, s. 167) je třeba věnovat zvláštní pozornost zejména začátku a konci rozhovoru, kdy na začátku dotazování je „... *nutné prolomit případné psychické bariéry a zajistit souhlas se záznamem...*“, a že i při loučení lze získat ještě důležité informace. Tato obě tvrzení jsem si sama ověřila. Při prvním rozhovoru se ukázalo, že bude zapotřebí zajistit si na rozhovor více času, zejména u klientů chráněného bydlení, se kterými jsem se delší dobu neviděla. Rozhovor bude muset na počátku obsahovat také otázky typu, jak se daří, nebo, co je v jejich životě nového, ale i nutnost vyslechnout si jejich trápení, aby na ně nepůsobil jako výslech. Zvolila jsem rozhovor pomocí návodu, jak jej zmiňuje Hendl (2005), který zahrnoval seznam otázek, které jsem chtěla v rámci rozhovoru probrat, abych nějakou otázku neopomněla. O vhodnosti výběru kvalitativního šetření formou polostrukturovaného

rozhovoru mě ujistila i skutečnost, že lze formulaci otázek přizpůsobovat podle situace. Některé dotazy bylo třeba vyjasňovat a ujišťovat se, zda respondent přesně rozumí danému tématu.

V této práci při interpretaci rozhovorů nepoužívám jména respondentů. K označení jednotlivých respondentů používám v případě hospitalizovaných pacientů označení P1, P2, P3, P4, P5. Pro označení klientů chráněného bydlení K1, K2, K3 a pro terapeuty chráněného bydlení BONA o.p.s označení TB1, TB2, TB3. V případě pracovníků Psychiatrické nemocnice Bohnice - s jejich souhlasem, uvádím jejich profesi, kterou v programu přípravy na chráněné bydlení zastávají – označuji T – terapeut, L – lékař, S – zdravotně sociální pracovníce. Sebe jako výzkumníka označuji písmenem V.

Na nositele informací jsem měla tato kritéria: u pacientů hospitalizovaných v Psychiatrické nemocnici Bohnice na oddělení I. následné péče – aby byli zařazeni do skupiny pro přípravu na chráněné bydlení a již se nácviků účastnili (tím je zároveň dáno, že mají diagnózu z okruhu psychóz a spadají do věkové hranice od 18 do 64 let – viz teoretická část). Toto kritérium bylo automaticky splněno i v případě klientů v chráněném bydlení BONA o.p.s., neboť tato diagnóza a věk jsou podmínkou pro přijetí do chráněného bydlení, ale navíc klienti museli splňovat, že byli před přijetím do chráněného bydlení hospitalizováni v Psychiatrické nemocnici Bohnice, kde absolvovali program přípravy na chráněné bydlení. Výsledný výzkumný soubor se skládal: v případě respondentů z řad pacientů ze 3 mužů a 2 žen, v případě klientů chráněného bydlení: ze 2 žen a 1 muže. Délka rozhovoru závisela na psychické pohodě respondenta, na jeho ochotě odpovídat na otázky do hloubky, ale také na jeho upovídanosti, kterou jsem se snažila vyslechnout a poté pozvolna a citlivě převést zpět k původnímu dotazu.

Požadavkem na nositele informací z řad expertů z Psychiatrické nemocnice Bohnice a z BONY o.p.s., byla přímá práce s duševně nemocnými s praxí v délce minimálně tři roky. V případě expertů z Psychiatrické nemocnice Bohnice byla kritériem jejich profese, která se svým způsobem na přípravě na chráněné bydlení podílí. Výsledný výzkumný soubor se skládal: v případě expertů z řad pracovníků Psychiatrické nemocnice Bohnice ze 3 žen – lékařky, terapeutky a zdravotně sociální pracovníce, v případě expertů – terapeutů z chráněného bydlení BONA o.p.s.: ze 2 žen a 1 muže.

Přehled vybraných respondentů uvádím v následujících tabulkách. (Pro označení Psychiatrické nemocnice Bohnice v tabulkách používám zkratka PNB a pro chráněné bydlení BONA o.p.s. používám zkratku CHB BONA o.p.s.).

Tab. 2 Přehled respondentů – pacientů PN Bohnice

Respondent - pacient	Pohlaví	Věk	Celkový počet hospitalizací v PNB	Délka současné hospitalizace v PNB
P1	muž	44	Probíhá 7.	1 rok a 7 měsíců
P2	žena	55	Probíhá 17.	9 měsíců
P3	žena	52	Probíhá 1.	2 roky a 9 měsíců
P4	muž	32	Probíhá 6.	6 měsíců
P5	muž	37	Probíhá 2.	5 měsíců

zdroj: vlastní

Tab. 3 Přehled respondentů – klientů CHB BONA o.p.s.

Respondent -klient	Pohlaví	Věk	Celkový počet hospitalizací v PNB	Délka poslední hospitalizace v PNB	Délka pobytu v CHB
K1	žena	42	7	1 rok a 4 měsíce	5 měsíců
K2	muž	44	4	5 měsíců	11 měsíců
K3	žena	48	3	4 měsíce	1 rok

zdroj: vlastní

Tab. 4 Přehled respondentů – expertů PN Bohnice

Respondent -expert PNB	Pohlaví	Věk	Délka praxe	Pracovní pozice v PNB
T	žena	38	6 let	terapeutka
L	žena	48	22 let	lékařka
S	žena	30	8 let	zdrav.soc.pracovnice

zdroj: vlastní

Tab. 5 Přehled respondentů – expertů CHB BONA o.p.s.

Respondent -expert CHB	Pohlaví	Věk	Délka praxe	Pracovní pozice v CHB
TB1	muž	32	7 let	Vedoucí terapeut CHB
TB2	žena	31	9 let	Vedoucí služby CHB
TB3	žena	26	2 roky	Vedoucí terapeut CHB

zdroj: vlastní

Pro rozsah mého výzkumu se domnívám, že jsou výše uvedené podmínky zařazení do výzkumného souboru dostačující.

6.2 Analýza získaných dat

V této části bakalářské práce získané informace interpretuji ve formě odpovědí na tazatelské otázky jednotlivých dílčích výzkumných cílů, abych získala odpověď na hlavní výzkumný cíl, kterým je vyhodnocení programu přípravy na chráněné bydlení z pohledu všech oslovených informantů a mohla odpovědět na hlavní cíl bakalářské práce a to, zda má příprava duševně nemocných pacientů význam při přechodu z hospitalizace v Psychiatrické nemocnici Bohnice do chráněného bydlení. Hlavní cíl výzkumu jsem rozpracovala do čtyř dílčích výzkumných cílů:

DVC1: Zjistit klady a zápory programu přípravy na chráněné bydlení z pohledu pacienta Psychiatrické nemocnice Bohnice.

Tento dílčí výzkumný cíl jsem transformovala do následující sady tazatelských (výzkumných) otázek a zaznamenala jsem na ně následující odpovědi:

VO1: Které aktivity nácvikového charakteru navštěvujete nejraději?

P1: bez rozmýšlení s úsměvem uvedl: „...no, jasně kuchyňku ...“ rád jí a že je to pro něj určitě zpestření nemocničního jídelníčku... „...víte, já už jsem toho zdejšího nemocničního jídla přejednej...“ Na dotaz ohledně dalších nácviků – bylo zapotřebí vyjasnit, které to jsou, sdělil, že si myslí, že on je nepotřebuje ... „...já mám asertivní postoj ke všemu už od narození... nepotřebuju to trénovat...“. Nevybavil si žádný jiný nácvik v rámci přípravy na chráněné bydlení.

P2, P3, P4: taktéž uváděli jen cvičnou kuchyňku - P2 proto, že ráda vaří a baví ji to. P3 naopak nikdy moc nevařila a uvedla „...Baví mě taky to společné vymýšlení jídel, když máme na něco chuť, ...taky to nakupování mě baví...pak je fajn to sníst...“ (usmívá se přitom). P4 sdělil: „...baví mě ta příprava a nakupování.“

Ohledně dalších nácviků bylo třeba si je vyjasnit taktéž v případě P2, P3 i P4. Zaměřovali je s aktivitami na centrální terapii a s aktivitami, které probíhají v rámci léčby (jako je např. nácvik kognitivních funkcí). Shodně uváděli, že to už asi měli, ale nevzpomínají si. P2 si pak alespoň vzpomněla: „... jo, něco jako, když by chtěl

někdo půjčit peníze, tak mu řeknu, nezlob se, nemám... ale jinak nevím.“ P3 a P4 si nácvik komunikace a praktických dovedností nevybavili vůbec.

P5 byl na tom zase úplně jinak: *„...já kuchyňku mít nebudu, jsem vyučený kuchařem.“* Dále vysvětloval, že v oboru i chvíli pracoval. Nejraději navštěvuje nácvik praktických dovedností. *„...Dnes jsme vyplňovali složenku. Dlouho jsem to nedělal, napoprvé bych to sám dobře nevyplnil... Minule jsme se bavili o pracovních smlouvách, jaký jsou typy a tak...to mě baví“.* Nácvik komunikace ho moc nezaujal, i když věděl, o jakou aktivitu se jedná *„... jo, jde i o neverbální komunikaci, gesta... to mě moc nezajímá....“* .

Téměř všichni informanti (P1, P2, P3 a P4) uváděli, že mají nejraději cvičnou kuchyňku. Jak z důvodu zpestření jídelníčku oproti nemocniční stravě, tak z důvodu, že je baví samotná příprava nebo nakupování. Ostatní nácviky v rámci programu přípravy na chráněné bydlení si nevybavovali, zaměřovali je s aktivitami na Centrální terapii. Pouze jeden informant (P5) si pochvaloval nácvik praktických dovedností. Do cvičné kuchyňky nemusí chodit, protože je vyučený kuchařem.

VO2: Které aktivity naopak postrádáte?

P1 odpověděl: *„Fakt nevím. Víte, vy si neumíte představit, jak je každá aktivita navíc, na kterou se musím soustředit, nejen stříhat molitan (pozn.: v textilní dílně stříhají molitan na výplň zvířátek, které šijí nebo polštářů), náročná. Ale je pravda, že když to zvládnou, mám dobrý pocit.“*

P2 a P4 odpověděli shodně, že neví. Rovněž ostatní nejprve odpovídali, že neví, ale pak dodali - P3: *„... jít se někam podívat, třeba do zoo, nebo se projet na kole...“* P5 by chtěl: *„... zároveň pomoc hledat práci....“*

Na tuto otázku většinou odpovídali, že nevědí, kterou aktivitu postrádají. (P1) zdůraznil, že každá další aktivita navíc, kde se musí soustředit je náročná. Má ale radost, když je zvládne. (P3) navrhovala jít se někam podívat, (P5) by chtěl zároveň pomoc hledat práci.

VO3: Jak hodnotíte přístup jednotlivých terapeutů?

Všichni hodnotili pouze kladně. P1: „...jsou trpěliví. Všechno nám vysvětlí, jsem rád, že jsou v klidu, nespěchaj na mě...“ P2: „...fajn lidi, nemám jim co vytknout...“, P3: „...jsou hodný, klidný...“, P4: „...pomáhají, ptají se, jestli je to jasný...“, P5: „...příjemný, snaží se, ohleduplný, vnímavý, přátelský...“.

Zde byla u všech kladná odpověď.

VO4: Jak se Vám líbí prostředí, kde aktivity probíhají?

P1 sdělil, že to celkem jde: „helejte, žádný zázrak, ale účel to plní. V kuchyňce se dá uvařit, potřebné náčiní tam je...“. P2 a P4 prostředí nevadilo. P3: „... v kuchyni by to mohlo být hezčí, veselejší, je to takový studený a mohla by být větší...“. P5, který chodí rád na nácvik praktických dovedností, odpověděl: „... nelíbí. Je to takové obyčejné, prázdné, není tam útulno. Stačilo by třeba vymalovat, dát obrázky... pohodlné židle nebo křesla... sedíme tam hodinu ...“ a dále uvedl, že ve cvičné kuchyňce byl pouze s terapeutkou a pacienty z oddělení, ne v rámci přípravy na chráněné bydlení, ale kuchyňka je dle něj příjemná, útulná.

Na prostředí, kde aktivity probíhají, reagoval (P1), že to plní účel, ale žádný zázrak. (P2, P4) prostředí nevadí. (P3) by přivítal větší a útulnější kuchyň. (P5), který se účastní praktických dovedností, by místnost, kde probíhají, navrhol alespoň vymalovat, dát na zeď obrázky a pořídit pohodlnější židle nebo křesla.

VO5: V čem je pro Vás příprava užitečná?

P1 odpověděl: „... Tak padesát na padesát. Vždycky se něco nového naučíte. Třeba je i dobrý, když nemáte moc peněz, že se dá dělat lehký a levný jídla a ještě si pochutnáte..., třeba bramborák, palačinky... No, ale asi kdyby to nebylo, tak bych to taky zvládl...víte, člověk má v sobě strach – to, co jste zvládala v minulosti, je nyní strašně těžký a když něco nevyjde, příště máte větší strach, odradí vás to. Už dopředu mám strach, že to nezvládnu, že něco nevyjde... No, když se to ale podaří, překonám to, jsem rád, ale je to vyčerpávající. Jako když běžíte maraton. Těšíte se, běžíte pak ze setrvačnosti, ale na konci už nemůžete.... Nebo když plní nadšení chcete

vymalovat pokoj – vymalujete, uklízíte, ale pak dát nábytek na své místo – to už jsou všichni unavení...“ Pacienta jsem poté vrátila k původní otázce, zda jsem správně pochopila, že překonání strachu a zvýšení sebedůvěry bylo to, v čem spatřuje užitečnost aktivit v programu přípravy na chráněné bydlení. „Jo, to jsem tím chtěl říct... I když teď se cítím připravenej na chráněné bydlení líp než minule, víc rozhejbanej. Víte, jak jsem byl v tom minulým chráněným bydlení... tam jsem to nezvládl. Ze všeho jsem byl unavenej, nebyl jsem zvyklej dlouho něco dělat. Byli jsme dva na pokoji, to nemáte žádný soukromí. Deset let jsem bez domova, o byt jsem přišel... Migrujete mezi chráněným bydlením, léčebnou, ubytovnou, mám jen to, co se mi vejde do baťohu. Teď se těším. Budu na pokoji v chráněným bydlení sám“... Na dotaz v čem je to teď jiné, že se cítí lépe připravený? „No, teď tady v tom tréninkovém bytě, furt musíte něco dělat, sami si uklízíme, vedeme komunitu, na jídlo musíme jít venkem“ (pozn. pacienti z tréninkových bytů mají klíč od bočního vchodu pavilonu a na pavilon musí jít hlavním vchodem)... „furt se musíte překonávat, i když se vám nechce. Nahore“ (pozn. má na mysli běžné nemocniční pokoje) „je vakuum, maj tam všechno hotový, nemusí nic dělat.... My si tady (pozn.: v tréninkových bytech) vaříme i jednou tejdne sami večere s terapeutem. Dostáváme na to peníze. Jeden tejden třeba uvaříme něco levnějšího, zbyde nám víc peněz na příště a můžeme si uvařit něco lepšího. Nemůže bejt každej den posvícení... Teď jsme dělali lososa s tymiánem, sušenými rajčaty a těstovinama. Bylo to úžasný“.....“Chodíme nakupovat, chodí sem i nutriční terapeut, povídáme o energetických hodnotách jídel“...

P2 (dlouho přemýšlela): „... no, je to užitečný, abych se cítila dobře v tom prostředí...“, dále neuměla vysvětlit a pak dodala: „... teď je dobrý, že můžu chodit dopoledne do chráněného bydlení ... můžu tam vařit, vidím alespoň to prostředí, kam půjdu, pak to bude pro mě lehčí, znám tam už i ty lidi. Taky jsem ráda, že můžu bejt tady v tréninkovém bytě, je to takový domáctější, ne jako v nemocnici, je tu větší klid, ...“

P3: „... no hlavně v tom vaření, nikdy jsem nevařila. Mám teď takový, jednoduchý recepty (bramborák, palačinky, obalovaný květák...). Až budu v chráněným bydlení, tak je určitě použiju.“ A pak si náhle vzpomněla i na nácvik komunikace „... jó, teď jsem si vzpomněla, že mi to pomohlo v krámě. Vrátili mi

o 10,-Kč míň. Zjistila jsem to za chvíli.... Prodavačka mi nevěřila... nedala jsem se. V klidu jsem to vyřešila, 10,-Kč mi vrátila... jo, to jsem měla radost... “.

P4 odpověděl, že se naučil: „... zorganizovat si čas na vaření, postup, nakupování“ a nadšeně vysvětloval: „... u toho je důležitý vědět, kolik lidí bude jíst, podle toho musíte nakoupit to množství potravin. Musíte koukat na ceny, počítat, nemáme tolik peněz.... To mě baví....“. P5: „... pro mě je to taková příprava do života, celková. Dozvídám se spoustu informací, které jsem nevěděl... teď jsem třeba rád, že jsem si oživil vyplňování těch složenek...ze všeho jsem teď nějak vypadl... “

(P1) má za to, že se vždycky dá něco nového naučit. Ocenil získanou zkušenost, že se z mála peněz dají udělat lehká a chutná jídla. Popsal radost z překonávání strachu z obavy, že něco nezvládne. Větší připravenost (oproti minulému pobytu v Psychiatrické nemocnici Bohnice) nyní pociťuje, když je v tréninkovém bytě, kde se musí plnit více povinností, sami si uklízet atd., kladně hodnotil i povídání s nutričním terapeutem. I (P2) je ráda, že může být v tréninkovém bytě a též chodit na aktivity do chráněného bydlení, kde může vařit a vidí prostředí, kam půjde a už tam bude znát i ty lidi.

Pro (P3) je užitečná cvičná kuchyňka z důvodu, že nikdy nevařila a teď má možnost si to zkusit, má už i recepty, které plánuje využít. Vzpomněla si i na zkušenost z nácviku komunikace, kdy se nenechala ošidit v obchodě a v klidu situaci dokázala vyřešit. (P4) oceňuje, že se učí zorganizovat si čas na vaření, na postup a získává zkušenosti s nakupováním pro více lidí a sledování cen potravin. (P5) užitečnost vidí v celkové přípravě na život. Nejen, že se dozví nové věci, ale zároveň si připomene některé praktické věci, které již dlouhodobě nedělal.

VO6: Co byste sám v oblasti přípravy chtěl zlepšit?

P1 odpověděl nejdříve, že neví, že asi nic, ale pak chvíli přemýšlel a řekl: ... “no, vlastně kdyby se mohlo být v tréninkovém bytě. Možná, že kdybych byl minule z něho propuštěnej, možná bych byl na ven víc rozhejbanej...“ Rovněž P2 také zmínila možnost být před propuštěním v tréninkovém bytě a dále ještě uvedla: „...že by bylo dobrý, kdyby jich v kuchyňce mohlo být míň, aby si to každý mohl všechno zkusit... “

a také vyjádřila přání: „ ... no, a aby to čekání na chráněné bydlení nebylo tak dlouhé... “.

P3 by také přivítala méně lidí v kuchyňce: „ ... třeba jen 5 a aby nebylo pořád stejný jídlo...a taky větší hygienu u některých pacientů, mají třeba rozpuštěný vlasy... ruce si vždycky před vařením musíme umýt... No, a aby ten program byl pestřejší..., třeba o ty výlety, nejen povídání. A aby se mohlo chodit víc do chráněného bydlení na aktivity... “.P4 by dokonce chtěl, aby v chráněném bydlení před přijetím, mohl být i přes noc: „ ... třeba v kuse 1-3 dny, abych věděl do čeho jdu a nezaskočil mě tam ten režim... “

P5 začal hovořit o svých obavách jak to tam zvládne, že je už dlouho hospitalizovaný, bydlel na ubytovně a že to tam nebylo dobré... a proto by chtěl zlepšit: „... dávat nám víc informací o přesunu do chráněného bydlení, ...a moct se věnovat nám víc, intenzivněji, aby každý věděl, co ho tam čeká, co bude mít za povinnosti, poznat kde to bydlení je, jeho okolí.... Taký častěji chodit na aktivity do chráněného bydlení, a aby větší provázanost...a nečekat tak dlouho na volné místo... “

(P1, P2) by přivítali možnost být v tréninkovém bytě před propuštěním. (P2, P3) by chtěli v kuchyňce méně lidí, aby si každý mohl všechno zkusit. (P4) by chtěl zkusit být před propuštěním v chráněném bydlení i přes noc, (P5) by přidal více informací o přesunu do chráněného bydlení, aby věděl, co ho tam čeká. Uvítal by, věnovat se pacientům intenzivněji a také možnost chodit častěji na aktivity do chráněného bydlení, poznat jeho okolí. Určitě by (P2, P5) zkrátily čekací dobu na chráněné bydlení.

Shrnutí DVC1

Cílem DVC1 bylo pomocí tazatelských otázek zjistit klady a zápory programu přípravy na chráněné bydlení z pohledu pacienta Psychiatrické nemocnice Bohnice. Na základě provedené analýzy odpovědí informantů byl vyvozen závěr, že pacienti mají nejraději cvičnou kuchyňku. Důvodem je nejen vítaná změna v jídelníčku nemocnice, ale i poznatek jak levně a přitom chutně lze jídlo pořídit, ale i zkušenost

s přípravou samotného jídla a s nakupováním. Naopak si buď nevpomněli anebo nemají příliš povědomí o nácvicích komunikace a praktických dovedností. Pouze jeden z informantů uvedl, že má nejraději nácvik praktických dovedností, nácvik komunikace ho moc nezaujal.

Odpovědi na otázku, které aktivity naopak postrádají, bylo nejčastěji, že nevědí, ale i bylo vysloveno přání jít se někam podívat nebo se projet na kole anebo zároveň pomoc hledat práci. Jeden z informantů by již žádnou aktivitu navíc nechtěl, protože každá další aktivita navíc, kde se musí soustředit, nejen stříhat molitan, je pro něj náročná. Ale vyjádřil dobrý pocit, když to pak zvládne.

Naprosto shodně a jednoznačně kladně hodnotili přístup jednotlivých terapeutů. Oceňovali jejich trpělivost, vstřícnost, ohleduplnost a přátelský přístup. Hodnocení prostředí, kde aktivity probíhají, bylo v případě kuchyňky hodnoceno jako, že jim nevadí, že účel to plní, ale jeden z informantů by přivítal, kdyby to mohlo být hezčí, veselejší, připadá mu to tam studené. K prostředí, kde probíhá nácvik praktických dovedností, informant hodnotil jako neútluné. Dle něj by přitom stačilo třeba jen vymalovat, dát na zeď obrázky a přivítal by pohodlné židle nebo křesla.

Na odpovědi, v čem je pro ně příprava užitečná sdělovali, že se naučí něco nového, oceňovali zkušenost – za málo peněz lehké a chutné jídlo, jak si zorganizovat čas na vaření, naučit se postup, zkušenost s nakupováním a povídání s nutričním terapeutem. Jeden z informantů zmínil překonání strachu z toho, že to nezvládne a zvýšení sebedůvěry při zjištění, že se mu to podařilo, ač to v minulosti běžně zvládal, nyní je to pro něj těžké a předem se obává neúspěchu. Někteří přičítají užitečnost i tomu, že mohou být v tréninkovém bytě. Jeden z informantů popisoval, že je to tam pro něj více akční, protože o spoustu věcí se musí sami starat (jako je uklízení, vedení komunit...) a musí se překonávat, i když se mu nechce, cítí se víc rozhýbaný. Jako další klad zmiňoval vaření večerí jednou týdně a zkušenost, když se ušetří peníze jednou na levnější jídlo, příště může být jídlo dražší a lepší. Jako užitečnost přípravy spatřoval jeden informant v praktických dovednostech, neboť z důvodu dlouhodobé hospitalizace ze všeho teď „nějak vypadl“ a jedna informantka si vzpomněla na nácvik komunikace, kdy dokázala v klidu vyřešit chybné vrácení peněz.

Na otázku ohledně toho, co by sami v oblasti přípravy chtěli zlepšit, navrhovali - možnost být v tréninkovém bytě před propuštěním z Psychiatrické nemocnice Bohnice. Dále, aby jich v kuchyňce mohlo být méně, aby si každý mohl všechno zkusit a aby se nedělala stejná jídla. Byl zmíněn i požadavek na větší hygienu, v případě např. rozpuštěných vlasů. Do přípravy na chráněné bydlení by zařadili i výlety a možnost poznat, kde to bydlení je a jeho okolí. Také by zvýšili četnost aktivit v chráněném bydlení, jeden zmínil možnost být tam i přes noc, též by chtěl více informací o přesunu do chráněného bydlení a intenzivnější přípravu, aby každý věděl, co ho tam čeká, co bude mít za povinnosti. A chtěli by, aby se nemuselo čekat tak dlouho na volné místo.

DVC2: Zjistit klady a zápory programu přípravy na chráněné bydlení z pohledu klientů chráněného bydlení BONA o.p.s.

Tento dílčí výzkumný cíl jsem transformovala do následující sady tazatelských (výzkumných) otázek a zaznamenala jsem na ně následující odpovědi:

VO1: Které aktivity nácvikového charakteru jste navštěvoval nejraději?

K1 váhala co, odpovědět a pak sdělila, že „... *asi nikam jsem ráda nechodila! Z vaření mám stále strach, víte, jak mám ty problémy* (pozn.: chorobné obavy, aby někomu neublížila, někoho neotrávila, tím, že špatně opláchne jar z nádobí...). *Nikdy jsem nemusela vařit... Ale tady jsem v kuchyni jako pomocnice, můžu třeba loupat brambory a přitom sedím na druhém konci kuchyně od mycích prostředků a tak vím, že se nic nestane... Ted' jsem i v kuchyni ráda...*“. Pro připomenutí dalších nácviků v přípravě na chráněné bydlení, neboť si již sama na žádné nevzpomněla, se jí vybavilo téma při nácviku komunikace: „... *jo, to si vzpomínám, když jsme nacvičovali reakci na konkrétní situaci: Jak bych reagovala, kdyby si moje spolubydlící dala svoje věci do naší společné skříňky a zabrala by i moje místo ... no, tenkrát jsem si říkala, co bych asi dělala a že se mi to může stát... no, ale vím ted', že kdyby se mi to stalo, že bych ji slušně požádala..., kdyby to nepomohlo, obrátila bych se na terapeutku, aby mi pomohla to vyřídit...*“

K2 odpověděl hned, že kuchyňku: „... byla to vždycky příležitost jíst taky něco jiného než v nemocnici. Víte, něco, na co máte chuť a co už jste dlouho neměl... Já jsem byl v nemocnici rok, tady už jsem 10 měsíců...“. Jiné aktivity si už nevybavil. Ještě ho prý bavilo chodit pracovat do čajovny v rámci nácviku pracovních dovedností z oddělení. K3 si vybavila také pouze kuchyňku, i když sdělila: „... to ale tady s tím u nás (pozn.: v chráněném bydlení) se to nedá srovnávat. Tady najednou máte 8 služeb v týdnu, ty, co chodí do práce, jich mají třeba jen 5, a vaříte a nakupujete pro 15 lidí. Ted' jsme dělali kuřecí řízky ze 3 kg kuřecích prsou! I když na to nejsem úplně sama, máte strach, abyste takové množství jídla nezkazila... Byla jsem dřív zvyklá vařit pro dva. Pro 15 lidí je to strašně těžký. Každý tady rád vaří jídla, které umí...“

(K2, K3) měli nejraději cvičnou kuchyňku, na kterou si hned vzpomněli. Důvodem byla příležitost jíst také něco jiného než v nemocnici, ale také bylo sděleno (K3), že to vaření ve cvičné kuchyňce nelze vůbec srovnávat s vařením v chráněném bydlení. Nevzpomněli na jiné nácviky v rámci přípravy na chráněné bydlení. Pouze jedné z informantů (P1) se vybavilo jedno téma z nácviku komunikace, ale též uvedla, že nikam ráda nechodila.

VO2: Které aktivity jste naopak postrádal?

K1 nevěděla: „... raději jsem měla třeba navlékání korálků, nebo keramiku na centrálce...“ K2 sdělil, že sice neví, jestli to spadá do přípravy na chráněné bydlení a neuměl odpovědět, jestli by mu to v chráněném bydlení nyní pomohlo, ale odpověděl, že: „... v nemocnici mohlo být víc sportu, fotbal, ping pong a tak... no, a asi kuchyňka mohla být častěji.“ K3: „... asi žádné, bylo tam z čeho vybírat. Na centrálce je spousta dílen...“

Jiné aktivity v rámci programu přípravy na chráněné bydlení nepostrádali (K1, K3), a to zejména proto, že zaměřovali s dostatečným výběrem možností aktivit na centrální terapii (jako je navlékání korálků, keramika atd.). Pouze jeden informant (K2) chtěl během hospitalizace zařadit více sportu, i když nedokázal odpovědět, zda je to, co by mu v chráněném bydlení, nyní pomohlo a postrádal častější cvičnou kuchyňku.

VO3: Jak zpětně hodnotíte přístup jednotlivých terapeutů?

Všichni shodně reagovali kladně. K1 řekla: „...byli fajn, ráda na ně vzpomínám, mají to dobře ošéfovaný...“. K2: „... byli dobrý, žádný problém. Tolerantní, trpěliví, s některými z nás to není jednoduchý...“. K3: „... byli v pohodě, nemám co vytknout...“.

Přístup terapeutů hodnotili všichni kladně.

VO4: Jak zpětně hodnotíte prostředí, ve kterém aktivity probíhaly?

K1 sdělila, že jí tam nic nevadilo, ale „...tady (pozn.: v chráněném bydlení) se mi líbí víc.“ Na dotaz proč, sdělila že „... tady je to modernější, nové. V léčbě jsem byla zvyklá na to, jaký to tam je...“ K2 sdělil, že „... kuchyňka byla dobrá, ale bylo nás tam u stolu nahňácaných asi 10. Kdyby to bylo tak pro 6-7 lidí, bylo by to lepší...“. K3: „... pro ten nácvik to stačilo... máte tam náčiní, které potřebujete...“

Prostředí (K1) nevadilo, ale v chráněném bydlení se jí líbí víc, je to tam modernější, nové. Dle (K2) by byla kuchyňka dobrá, ale mělo by tam být méně lidí. (K3) hodnotil kuchyňku tak, že to pro nácvik stačí.

VO5: V čem pro Vás příprava byla užitečná?

K1 po chvíli přemýšlení řekla, že: „... no, asi to, že jsem tam byla, tak jsem získala nějakou zkušenost, že si to můžete osahat... že vidíte, jak se to vaří, jaké jsou reakce při vaření, třeba co znamená, jak vypadá, osmahnout do zlatova cibulku, jak nakrájet velký kostky masa a tak... nikdy jsem se o to nezajímala, vždycky vařila mamka, z vaření mám strach... A z té komunikace jsem si dodnes vlastně zapamatovala, jak jednat, kdyby se mi to stalo... že se to dá v klidu řešit a ne hned nadávat, nebo se prát... Pak mi moc pomohlo, že jsem mohla chodit na aktivity do chráněného bydlení, chodila jsem ráno komunity a taky jsem pak pomáhala u vaření...když jsem sem (pozn.: do chráněného bydlení) pak nastoupila, už jsem tady znala ty lidi

a prostředí... A taky, že jsem kvůli tomu, že se připravuji na chráněné bydlení, mohla být v tréninkovém bytě... tam to bylo fajn, bylo to víc domácí, větší klid, více samostatnosti, ale i povinností ...není to jak v nemocnici...“. K2 také zmínil možnost chodit na aktivity do chráněného bydlení a navíc řekl, že se naučil vařit některá jídla, zejména ocenil, že byla levná a chutná a také: „... musel jsem tam dorazit, i když se mi někdy nechtělo. Pak jsem byl rád, když jsem tam byl a ještě si pochutnal na tom, co jsme udělali... alespoň jsem nelenil...“.

K3: „... byla to pro mě příjemná změna v denním programu v léčebně...“.

Pro (K1) to bylo užitečné v tom, že získala nějaké zkušenosti ohledně vaření, mohla si „to osahat,“ vidět, jak se „to“ vaří, jaké jsou reakce při vaření. Z nácviku komunikace získala zkušenost, jak jednat v situaci, která by se jí mohla v chráněném bydlení přihodit. Užitečná pro ni byla možnost chodit na aktivity do chráněného bydlení a ocenila také kladně možnost být před nástupem do chráněného bydlení v tréninkovém bytě. (K2) také viděl užitečnost v možnosti chodit na aktivity do chráněného bydlení, ale i se naučil vařit levná a chutná jídla, a překonávat se, když se mu nechtělo nic dělat. Pro (K3) to byla příjemná změna v denním léčebném programu.

VO6: Co byste sám, po Vaší zkušenosti s bydlením v chráněném bydlení, v oblasti přípravy, chtěl vylepšit nebo do programu zařadit?

K1 řekla: „... aby každý mohl projít tréninkovým bytem jako já, je to už důkaz toho, že budete brzo propuštěni, je tam víc samostatnosti, ale také povinností, což se venku hodí... No, a v kuchyňce bych navrhla méně lidí, aby si to každý mohl líp celé „osahat“, zkusit udělat si sám celé jídlo. No, to by tam museli být tak 3-4 lidí a asi by na to muselo být víc času...“

K2 by navrhoval, aby bylo vaření víc a aby se učilo vařit pro víc lidí: „... tady (pozn.: v chráněném bydlení) když pak máte vařit pro 10-12 lidí, to je pak šok. Máte strach, abyste to nezkazil...“.

K3 nevěděla: „... snad, aby se nemuselo, tak dlouho čekat...“.

(K1) by každému přála projít tréninkovým bytem, v kuchyňce by navrhovala, aby tam bylo méně lidí a aby si každý mohl uvařit celé jídlo sám. (K2) by po zkušenosti

z pobytu v chráněném bydlení navrhovala učit vařit pro více lidí a (K3) by zkrátila čekací dobu.

Shrnutí DVC2

Cílem DVC2 bylo pomocí tazatelských otázek zjistit klady a zápory programu přípravy na chráněné bydlení z pohledu klienta chráněného bydlení BONA o.p.s. Na základě provedené analýzy odpovědí informantů byl vyvozen závěr, že klienti měli nejraději cvičnou kuchyňku, na kterou si hned vzpomněli. Důvodem byla příležitost jíst také něco jiného než v nemocnici, ale také bylo sděleno, že to vaření ve cvičné kuchyňce nelze vůbec srovnávat potom s vařením v chráněném bydlení. Vůbec si nevzpomněli na jiné nácviky v rámci přípravy na chráněné bydlení. Pouze jedné z informantů se vybavilo jedno téma z nácviku komunikace. Objevila se i odpověď, že klientka nikam ráda nechodila. Odpovědí na otázku, které aktivity naopak postrádali, bylo nejčastěji, že asi žádné a zaměřovali s dostatečným výběrem možností aktivit na centrální terapii (jako je navlékání korálků, keramika atd.). Pouze jeden chtěl během hospitalizace zařadit více sportu, i když nedokázal odpovědět, zda je to, co by mu v chráněném bydlení nyní pomohlo. Jednou z odpovědí bylo, aby kuchyňka mohla být častěji.

Všichni shodně kladně hodnotili přístup jednotlivých terapeutů. Uváděli, že byli fajn, rádi na ně vzpomínají. Oceňovali jejich trpělivost, tolerantnost. Prostředí, kde aktivity probíhaly, jim nějak zvlášť nevadilo. V chráněném bydlení se jedné respondentce líbí více, protože je to tam modernější, nové, v nemocnici byla zvyklá na to, jaké to tam bylo. Kuchyňku jeden hodnotil jako dobrou, ale namítl, že je takto vhodná pro menší počet lidí, tak 6-7, nikoliv pro 10.

Na odpovědi, v čem je pro ně příprava užitečná uváděli. Získání nějakých zkušeností, možnost si „to osahat,“ vidět, jak se „to“ vaří, jaké jsou reakce při vaření (např. jak vypadá, osmahnout do zlatova cibulku atd.). Z nácviku komunikace byla získána zkušenost, jak jednat v situaci, která by se mohla přihodit. Velmi užitečná byla pro informanty možnost chodit na aktivity do chráněného bydlení, kdy pak při nástupu znali prostředí a lidi odtamtud. Jedna z informantů, která před nástupem do chráněného bydlení mohla být během hospitalizace v Psychiatrické nemocnici

Bohnice v tréninkovém bytě, tuto možnost ocenila, zejména, že je to tam oproti nemocnici více domácké, je tam více samostatnosti a klidu. Užitečným byla i možnost naučit se vařit levná a chutná jídla, ale i nutnost překonat se, když se člověku nechce nic dělat a byla to i příjemná změna v denním léčebném programu.

Na otázku ohledně toho, co by po své zkušenosti, s bydlením v chráněném bydlení, v oblasti přípravy chtěli zlepšit, uváděli možnost projít tréninkovým bytem v Psychiatrické nemocnici Bohnice. V kuchyňce by navrhli méně lidí (tak 3-4), proto, aby si vaření každý mohl lépe celé „osahat“ a zkusit udělat celé jídlo si sám. Vaření by mohlo být častěji a mohlo by se učit vařit pro více lidí. Chtěli by i kratší čekací dobu na chráněné bydlení.

DVC3: Zjistit klady a zápory programu přípravy na chráněné bydlení z pohledu expertů z Psychiatrické nemocnice Bohnice (L-lékař, S-zdravotně sociální pracovník, T-terapeut).

Tento dílčí výzkumný cíl jsem transformovala do následující sady tazatelských (výzkumných) otázek a zaznamenala jsem na ně následující odpovědi:

VO1: Jakou roli v programu přípravy na chráněné bydlení zastáváte?

T: sdělila, že s duševně nemocnými pracuje: „...*bez třech měsíců to teď bude šest let...*“ v Psychiatrické nemocnici Bohnice působí v Centru psychosociálních služeb jako terapeut: „...*jsem v poradně pro bydlení... vedu informační skupiny o chráněném bydlení, aby se vůbec pacienti dozvěděli co a jak, jaké jsou typy chráněných bydlení, které organizace je poskytují, pro koho jsou určeny, kolik to stojí a tak... Vedu také nácvikovou kuchyňku, kde si trénujou vaření, nákupy... A samozřejmě s klientama pracuji i individuálně – to si připravujeme opravdu takový to konkrétní - že můžeme zavolat do toho bydlení, domluvit tam pacientovi schůzku, pohovor, a je v podstatě možné, už vlastně tady spolupracovat s tím chráněným bydlením...*“

S: sdělila, že zde jako zdravotně sociální pracovnice pracuje osm let: „... *my nejsme přímo v těch nácvicích na přípravu na chráněné bydlení, ale nepřimo se účastníme tím, že zajišťujeme toho člověka jak finančně, tak sociálně, bavíme se s ním o tom,*

jak to v chráněném bydlení bude probíhat, co tam bude potřebovat atd. ... Vyřizujeme tím pádem příspěvky na živobytí, invalidní důchody, dluhy pokud je mají ...spolupracujeme s pavilonem 4, pokud něco potřebují, jsme k dispozici, jsme v kontaktu...“

L: sdělila, že: „... už to bude 22 let, co jsem začala pracovat s duševně nemocnými. Tady v nemocnici jsem 15 let... Pracuji jako lékařka na tomto oddělení (pozn. na pavilonu 30), je to oddělení, kde se pacienti připravují i na chráněné bydlení ...motivuji je ke spolupráci, doporučuji je na informační setkání, a pokud se rozhodnou pro chráněné bydlení, tak později pak spolupracuji s terapeuti z Centra psychosociálních služeb... domlouváme potom nácviky jednotlivých aktivit, které pacientům umožňují připravit se na přechod do chráněného bydlení.“

(T) v programu přípravy na chráněné bydlení působí přímo v Centru psychosociálních služeb, v poradně pro bydlení, vede informační skupiny o chráněném bydlení a rovněž vede nácvikovou kuchyňku. S pacienty pracuje i individuálně. (S, L) jsou na oddělení, kde je pacient hospitalizován. (S) se nepřímo účastní tím, že zajišťuje pacienta jak finančně, tak sociálně. (L) motivuje pacienta ke spolupráci, doporučuje ho na informační setkání, nastavuje správnou medikaci. (S, L) spolupracují s Centrem psychosociálních služeb.

VO2: Co byste z Vašeho pohledu navrhoval v přípravě zlepšit?

T: „...rozhodně Centrum psychosociálních služeb potřebuje víc lidí, pracovníků. Pracujeme s klienty z celé léčebny - teda nepracujeme s dětmi a s geronto odděleními... A bylo by potřeba i víc prostoru. Tím, jak se tady vedou různé skupiny a my na to máme jednu místnost, kterou si střídáme, ještě i s relaxacema... Je tady i málo kanceláří na ty individuální pohovory... Jsou tu tři místnosti a je pět pracovníků. Ty dva jsou pak, jako takový bez domova. ... A taky bych uvítala větší aktivitu od lékařů, kteří jsou na těch pavilonech a kteří podle mě, umí víc vytipovat lidi, kteří by na to měli, jenom se to třeba nedozví... A zvýšit víc informovanost, nějak to víc propojit. Na některé pavilony chodíme na vizity a na porady a s tím doktorem, sociálkou a vůbec celým týmem, jsme propojení, to je úžasný. Na některých

pavilonech to úplně ne tak funguje. Podle mě je to škoda, pak propadají sítím lidí, kteří by na to byli indikováni, skvělí, ale nedozví se o tom. “

Na závěr T. dodala: „...takový můj sen!... Více pracovníků, to je základ! Ale mít nácvikové skupiny i mimo areál, zkusit jezdit na výlety, aby poznali okolí, Prahu, a to ale víckrát! Aby si uměli dojít na úřad a moci tam s nima dojít, když z toho mají obavy. Třeba klidně vzít skupinu, která půjde do toho bydlení a obejít všechno kolem, nějak je tak s tím seznámit, kde je nejbližší obchod, pošta, lékárna, banka, lékař.... Tohle z důvodu kapacity bohužel není a nejde. Ale tohle by mi přišlo úplně ideální.“

S: „... asi, ty praktický dovednosti, ... aby nějak nacvičovali konkrétní situace, prostě vyplnit si složenku, dojít si odeslat dopis na poštu, ...protože mi přijde, že ti pacienti jsou tady zvyklí od nás, že to za ně uděláme, protože samozřejmě nemají možnosti se třeba odsud dostat..., takže spíš tady to praktický, aby si něco uměli i něco našetřit, ...tady z těch dávek nic moc neušetřej...a my z těch časových a kapacitních důvodů a z důvodu režimu na oddělení nejsme schopni zajistit s každým dojít na úřad, ukázali mu kde co je, kde je pošta, kde je úřad, jak se tam dostane, co potřebuje za doklady, tiskopisy a takže asi víc tohle, protože si myslím, že pak na tomhle hodně ztroskotávají...“

L: „... nácviky by mohly probíhat intenzivněji, ... pořád se ukazuje, že je tam větší potřeba, aby byli dobře připraveni na přestup do chráněného bydlení. Pacientům nácviky pomáhají obnovit jejich dovednosti, který ztratily dlouhodobou hospitalizací...“ Dále zdůraznila nutnost komplexního přístupu: „...v poslední době se projevuje, že terapeuti jsou hodně pracovní vytížení, část jich odešla, jsou tady noví, kteří nemají tolik zkušeností. Takže se musíme znova domlouvat, jak bude individuální plán pro daného klienta vypadat a jak ty nácviky... každý z týmu nezastupitelně podporuje pacienta z té své pozice – jinak lékař, sociálka a jinak terapeut....Lékař by se mě starat, aby byla nastavena správná medikace...“ Tréninkové byty, kde by měla probíhat intenzivní příprava, pacient by měl tak získávat pod vedením terapeuta větší kompetence o rozhodování a více se osamostatňovat za hospitalizace, by dle lékařky mohly: “... zmírňovat ten velký skok mezi hospitalizací a pobytem venku, v chráněném bydlení... To umožňuje, aby

se v chráněném bydlení dobře adaptovali... pobyt v tréninkovém bytu by měl být pro ně velký přínos. Problémem je, že těch míst je pořád málo...“

(T) by v přípravě navrhovala zvýšit počet pracovníků v Centru psychosociálních služeb, chtěla by více prostoru - místností pro aktivity a kanceláří. Uvítala by větší aktivitu od lékařů a propojenost ve spolupráci s celým týmem na oddělení, možnost účastnit se tam porad a vizit. Jako ideální by navrhovala nácvikové skupiny i mimo areál - jezdit s pacienty na výlety, aby poznali i nejbližší okolí chráněného bydlení a mohli s nimi dojet na úřad, když z toho mají obavy. (S) preferuje zejména nácvik praktických dovedností a navrhovala, aby si pacienti uměli také ušetřit nějaké peníze. (L) se přiklání k intenzivnějším nácvikům a k nutnosti komplexního přístupu, každý nezastupitelně podporuje pacienta jinak ze své pozice v týmu. Jako negativní vidí pracovní vytížení a odchod některých terapeutů. Pro zmírnění „skoku“ mezi hospitalizací a pobytem „venku“, v chráněném bydlení, a pro dobrou adaptaci, doporučuje pobyt v tréninkových bytech, kde by mohla probíhat intenzivní příprava. Bohužel míst je stále málo.

VO3: Pozorujete, že by příprava pacienty nějak měnila v jejich přístupu k léčbě a ke spolupráci?

T: „...Jo, určitě. Je strašně důležité, s čím ten pacient do toho vstupuje. To znamená, jestli opravdu chce. A stačí, aby tam byla jen jiskřička... Může být vyděšený, může si nevěřit, to nevádí, ale ta motivace, že opravdu chce něco změnit, tak ta stačí na to, aby to postupně zvládl... i v tý kuchyňce zjišťuje, že vlastně toho umí víc, než si kolikrát i myslel. Někdy mají hodně nízké sebevědomí. A myslím, že taky hodně ty pacienty povzbudí to, že se jdou do těch chráněnejch bydlení podívat. Vidí, jak to tam vypadá, na co se vlastně celou dobu připravujou. Přestane to být takový jako cosi něco, ale začne to být naprosto jasně reálný. A to jim také zvedne motivaci, jsou mnohem více nadšenější. Zejména ti, co mají strach a jsou stále nerozhodní, tak těm to moc pomůže... Potom tam mají možnost chodit třeba i na komunity, vaření... a tak se pomalu seznamují s prostředím, s klienty chráněného bydlení, s therapy...“

S: „...no, já mám pocit, že někteří, dochází na nácviky, připravují se vzorně, snažej se, ale jakmile program absolvují, to místo v poradníku mají jisté, tak nějak ztratí

zájem. Nebo možná i pro ně ty dlouhé čekací doby, je odradí, nejsou už tak aktivní. ... Bylo by vhodné nácviky prodloužit do doby nástupu do chráněného bydlení, protože to skončí, ale oni pořád čekají, jsou takoví bezprizorní..., tak, aby je to stále udržovalo... Určitě by bylo dobré mít víc těch zařízení mezi léčebnou a životem venku...“

L: „...svou roli v přípravě hraje i časový faktor..., na začátku je potřeba ty lidi opakovaně motivovat..., když už jsou v nácvicích, tak je vidět, že část z nich to vezme za své, aktivizují se, vidí před sebou ten cíl, který je motivuje k lepší spolupráci... chtějí toho dosáhnout, aby mohli být propuštěni.... Někteří dochází do chráněného bydlení a část nácviků pak absolvují tam, seznamují se s celou komunitou, zároveň s nimi vaří, je to pro ně výhodou, vědí, do jakého prostředí půjdou a s kým budou spolupracovat, pomáhá jim to v adaptaci...“

(T) má za to, že absolvování přípravy zvyšuje pacientům sebevědomí, často zjistí, že toho umí víc, než si kolikrát myslí. Velmi je povzbudí, zvýší jejich motivaci a sníží nejistotu a obavu z neznámého, možnost jít se do chráněného bydlení podívat a účastnit se tam jejich aktivit. (S) má naopak pocit, že jakmile program pacienti absolvují a nácviky skončí a mají jisté místo v pořadníku, ale nemohou být ještě z kapacitních důvodů přijati, ztrácí zájem, nejsou již tak aktivní, odvykají. Jako vhodné vidí s pacienty pracovat do doby nástupu do chráněného bydlení.

(L) uvedla, že na začátku je zapotřebí pacienty opakovaně motivovat, ale poté co jsou v nácvicích a vidí před sebou cíl, je vidět jejich lepší spolupráce, chtějí toho cíle dosáhnout, aby mohli být propuštěni.

Shrnutí DVC3

Cílem DVC3 bylo pomocí tazatelských otázek zjistit klady a zápory programu přípravy na chráněné bydlení z pohledu expertů z Psychiatrické nemocnice Bohnice (lékař, zdravotně sociální pracovník, terapeut).

Terapeutka v programu přípravy na chráněné bydlení působí přímo v Centru psychosociálních služeb, v poradně pro bydlení. Vede informační skupiny o chráněném bydlení, kde pacienty seznamuje se základními informacemi o chráněném bydlení, rovněž vede nácvikovou kuchyňku. S pacienty pracuje i individuálně.

Zdravotně sociální pracovnice je na oddělení, kde je pacient hospitalizován. Není přímo v nácvicích na přípravu na chráněné bydlení, ale nepřímo se účastní tím, že zajišťuje pacienta jak finančně, tak sociálně a spolupracuje s Centrem psychosociálních služeb.

Lékařka je rovněž na oddělení, kde je pacient hospitalizován. Motivuje ho ke spolupráci, doporučuje ho na informační setkání, a pokud se rozhodne pro chráněné bydlení, tak pak spolupracuje s terapeuty z Centra psychosociálních služeb, domlouvá s nimi nácviky jednotlivých aktivit. Lékař by měl pak nastavit zejména správnou medikaci.

Terapeutka by v přípravě navrhovala zvýšit počet pracovníků v Centru psychosociálních služeb, protože pracují téměř se všemi odděleními z celé nemocnice a rovněž by chtěla více prostoru - místností pro aktivity a kanceláří, zejména kvůli individuálním pohovorům. Uvítala by větší aktivitu od lékařů, protože ti umí vytipovat lidi, kteří by na to měli a preferuje větší informovanost a propojenost ve spolupráci s celým týmem na oddělení. Užitečným se jí jeví možnost účastnit se porad a vizit na oddělení. Jako ideální by navrhovala nácvikové skupiny i mimo areál - jezdit s pacienty na výlety, aby poznali i nejbližší okolí chráněného bydlení a mohli s nimi dojít na úřad, když z toho mají obavy. Toto z kapacitních důvodů nejde. Zdravotně sociální pracovnice preferuje zejména nácvik praktických dovedností, protože z časových, kapacitních a z důvodu režimu na oddělení je nemožné s každým pacientem dojít na úřad atd. Navíc by navrhovala, aby si pacienti uměli také ušetřit nějaké peníze.

Lékařka se přiklání k intenzivnějším nácvikům a k nutnosti komplexního přístupu, protože každý nezastupitelně podporuje pacienta jinak ze své pozice v týmu. Jako negativní vidí pracovní vytížení a odchod některých terapeutů, což se projevuje, že noví ještě nemají tolik zkušeností a tak se znovu musí domlouvat individuální plán a nácviky pro daného pacienta. Pro zmírnění „skoku“ mezi hospitalizací a pobytem „venku“, v chráněném bydlení, a pro dobrou adaptaci, doporučuje pobyt v tréninkových bytech, kde by mohla probíhat intenzivní příprava. Bohužel míst je stále málo.

Terapeutka vidí změny v přístupu pacientů ke spolupráci v souvislosti s přípravou, v tom, že pokud opravdu chtějí, jsou motivovaní, zvyšuje se jejich sebevědomí, často zjistí, že toho umí víc, než si kolikrát myslí. Domnívá se, že je velmi povzbudí, zvýší jejich motivaci a sníží nejistotu a obavu z neznámého, možnost jít se do chráněného bydlení podívat a účastnit se tam jejich aktivit.

Zdravotně sociální pracovnice má naopak pocit, že jakmile program pacienti absolvují a nácviky skončí a mají jisté místo v pořadníku, ale nemohou být ještě z kapacitních důvodů přijati, tak ztrácí zájem, nejsou již tak aktivní, odvykají. Proto si myslí, že by bylo vhodné s pacienty pracovat do doby nástupu do chráněného bydlení.

Lékařka podotýká, že v přípravě hraje důležitou roli i časový faktor, neboť na začátku je zapotřebí pacienty opakovaně motivovat, ale když už jsou v nácvicích, vidí před sebou cíl, je vidět lepší spolupráce, chtějí toho cíle dosáhnout, aby mohli být propuštěni.

DVC4: Zjistit klady a zápory programu přípravy na chráněné bydlení z pohledu expertů (TB1, TB2, TB3) z chráněného bydlení BONA o.p.s.

Tento dílčí výzkumný cíl jsem transformovala do následující sady tazatelských (výzkumných) otázek a zaznamenala jsem na ně následující odpovědi:

VO1: Jsou pacienti přicházející z hospitalizace v Psychiatrické nemocnici Bohnice připraveni na pobyt v CHB?

TB1: s duševně nemocnými pracuje 7 let, víc jak dva roky jako dobrovolník v Dobroduši, tady (pozn.: v BONĚ o.p.s.) 5 let... připravenost klientů vidí, že je to jak kdy: „... v momentě, kdy prochází čtyřkou (pozn.: Centrem psychosociálních služeb na pavilonu 4), tak většinou vědí, do čeho jdou, ... mají informace, tuší co tady můžou čekat...přichází už i s nějakýma receptářema z cvičné kuchyňky... tak to je fajn... Občas přichází i lidi, kteří ale nejdou přes pavilon 4, těch mám pocit, že je v poslední době vícero?... někteří jsou připraveni víc, někteří míň ... Ale rozhodně mi nepřijde, že by ti co sem jdou, byli připraveni... je to ještě dlouhý proces adaptování se na prostředí, zvykání si na povinnosti..., což mi přijde jako největší rozdíl oproti nemocnici, kde nemusí vařit, uklízet, nakupovat, nestarají se o léky,.. to je pro ně tady velká změna...Tady to musí dělat, ... navalujeme na ně běžné povinnosti, zodpovědnost za to, že věci splní...některým se do toho nechce, chtějí spíš jen bydlet, dostat se ven z nemocnice...v nemocnici mají větší klídek,.. postupně se zapojují ...Je to pro ně problematické i po stránce finanční..., mají exekuce, dluhy ani o tom nevědí...mění pobyty..., nemají o tom zprávy.... Pak se to tady musí řešit.... Někdy se to nestihne ani za celý pobyt... i jednoduché měsíční hospodaření s financema je pro ně složité... jsou zvyklí dostávat u vás (pozn.: v Psychiatrické nemocnici Bohnice) kapesné... najednou mají celý důchod v ruce .. více možností si těch peněz užít... větší volnost, ... možnost navštívit bývalé kamarády... víc příležitosti obstarat si drogy, alkohol... pokud s tím měli v minulosti problém... U vás jsou hodně kontrolováni... z naší strany je sice tolerance větší, ale i tak má pro ně i každé malé uklouznutí velké následky...nemají na zaplacení nájemného, na jídlo... je to pak na ně velký tlak... Většinou mají nízký příjem, zejména ty mladší, ... nemají ani nárok na výplatu důchodu ...musí si platit léky,... musí kouřit... I nákup potravin, to z nemocnice neumí a jasně ani to nejde..., ale kupovat levný a ještě zdravý potraviny je problém... kupují levné potraviny,.. přibývají na váze..., nedopřejí si kvalitní jídlo, neumí si ho rozdělit..., neumí se sami stravovat, u vás mají přesně stanovený čas na jídlo.

„...Náročné je i to, že si musí chodit k lékaři pro léky – u vás je všechno pohromadě jsou tam i všichni ostatní odborní lékaři..., nemusí rozlišovat, třeba interní léky, nevědí proč to berou, kolik, že některý musí předepsat obvodní doktor... Nemají návyk si je pak pravidelně si zajišťovat...jen vědí, že musí chodit k psychiatrovi...

A další největší problém je, že tady spousta volného času..., u vás mají přesný režim, nemají zodpovědnost ten den sami vyplňovat... Tady najednou můžou, ... zvládnou rychle své povinnosti a mají třeba i 18 nebo 10 hodin časuNevědí si s ním najednou rady... a bez financí se jim ta škála výběru volnočasových aktivit zužuje... je pro ně i problém překonat pohodlnost, ... je těžší motivovat je do volnočasových aktivit, aby neleželi jen v posteli ...musí si zařídit, dojet tam, zaplatit.. Spíš se daří motivovat je do práce, finance jsou větší hybatel, ...aby vyšli ven a něco dělali...“

TB2: pracuje s duševně nemocnými 9 let, o tom, zda jsou pacienti připraveni, řekla: „ ...myslím si, že většina ano, někteří ne. Rozlišuju to podle toho, jestli prošli programem na pavilonu 4 nebo ne...Někteří zájemci třeba jenom na pavilon přijdou, dostanou kontakty, už se se mnou spojí...neprochází programem... ale ti, co projdou programem, jsou velmi dobře připraveni, rozumí naší službě, býváme v kontaktu s těmi terapeuty,..“

TB3: pracuje s duševně nemocnými 2 roky v BONĚ, před tím byla rok jako dobrovolník v Dobroduši. Takže celkem 3 roky. Nemá zatím příliš zkušeností s klienty z tohoto programu přípravy. Na otázku, zda jsou klienti připraveni, po váhání odpověděla: „... je to těžká otázka, když jsem pátrala...kolik jich přicházelo z pavilonu 4...tak asi jen 3-4 klienti... Jednomu tam bylo pomáháno s hledáním práce a sestavováním životopisu,...někteří tam docházeli na vaření, na cvičnou kuchyňku, ... ale přiznám se o že o další spolupráci nevím. Nevím co tam (pozn.: v nemocnici) přesně nacvičovali...Tady (pozn.:v chráněném bydlení) je zapojujeme do činností spojených s péčí o domácnost, ... je to pro ně nové, zejména pro ty, co jsou dlouhodobě hospitalizovaný. Nedokážu určit, jak je příprava užitečná...“

(TB1) má za to, že pacienti jsou na pobyt v chráněném bydlení připraveni jak, kdy. Pokud projdou Centrem psychosociálních služeb, alespoň vědí, do čeho jdou, mají informace, přichází už i s recepty z cvičné kuchyňky. Jinak je tomu u lidí, kteří neprojdou tímto centrem. Rozhodně mu ale nepřijde, že by příchozí do chráněného bydlení byli připraveni, neboť to je, dle jeho názoru, pro ně ještě dlouhý proces adaptování se na prostředí, zvykání si na povinnosti, oproti nemocnici, kde se o nic

nemusí starat. Vyličil konkrétní problémy, na které dle jeho názoru připraveni nejsou.

(TB2) myslí, že jsou většinou dobře připraveni, zejména pokud projdou programem na pavilonu 4, protože pak rozumí jejich službě. (TB3) nemá dostatek zkušeností s klienty z programu přípravy a nedokázala proto říci, jak je či není příprava užitečná.

VO2: V čem vidíte přínos samotné přípravy?

TB1: „ ... no určitě, vědí, do čeho jdou, už umí něco uvařit, nemají takovou úzkost z vaření, zkusili si to, ...už mají nějaký recept s sebou a tak vyšší sebevědomí, že alespoň něco umím,... v tom je to cenný... Jako skvělý model, mi přijdou u vás ty tréninkové byty, které jak jsem slyšel u vás už asi 3/4 roku běží, ... to je cesta!... I když to třeba vypadá v uvozovkách praštěně – proč tréninkové byty v rámci nemocnice?... Není běžný trénovat člověka k samostatnosti v nemocnici,ale tyhle lidi to může reálně připravit..., jde pak ven, bude to tam takhle vypadat a je tam stejná podpora, ne ze strany zdravotní sestřičky, ale ze strany sociálního pracovníka... Když člověk přijde z tohoto tréninkového bytu, už pak splňuje kritéria tý přípravy...Taky tam lze zjistit i jeho limity v bezpečných podmínkách, jestli je připravenej pro samostatnost, nejenom, že chce být propuštěnej a bydlet... Je to určitě něco jiného než sem přijít na dvě a půl hodiny týdně a něco si vyzkoušet...to je málo...“

TB2 vidí přínos v tom, že: „...klienti rozumí naší službě,.. je zajištěno, že to terapeutky doporučí lidem, pro který je vhodná ... klienti mají základní dovednosti, chtějí tu službu,.. chtějí se osamostatnit, mají praktické zkušenosti z kuchyňky ...a hodně často ale jenom chtějí vypadnout z léčebny... někdy mi ale přijde, že někteří klienti jsou spíš namotivovaný ze strany lékařů... bohužel pak narážíme, že jim neposkytujeme, to co, chtějí,... a to jen tu střechu nad hlavou...Na dotaz V: ohledně spolupráce s ostatními zaměstnanci nemocnice odpověděla: „...Spolupráce?...je to o lidech. Mám dobrou zkušenost s lékaři i se sociálními pracovníky,... ale tím, že je velká fluktuace... na obou stranách, ... tak se stane, že

narazíme na někoho, kdo o nás vůbec neslyšel, a přitom sídlíme léta letoucí vedle sebe... měli bysme se navzájem víc informovat, co kdo z nás poskytuje...“

Při loučení TB2 ještě k obměně pracovníků odpověděla na dotaz V: (již mimo záznam, ohledně jeho domněnky o povinnosti absolvovat program přípravy na chráněné bydlení), že v minulosti bylo většinou absolvování programu podmínkou k přijetí, ale teď to tak již není pevně dané a že i proto je třeba uskutečnit společné setkání se všemi z obou stran (pozn.: z Psychiatrické nemocnice Bohnice i z BONY o.p.s.) a vše si vyjasnit.

TB3: *„...přínos vidím asi v tom, že tam (pozn.: v nemocnici) pracovníci s klienty z nemocnice navážou kontakt, předávají kontakty o nás ... občas se na ně klienti obrací, i když jsou u nás ...jsou na ně tedy navázání...“* vzpomínala na jména terapeutek *„ ...třeba jim pomáhají v hledání práce, můžou se na ně obrátit...Takže vidím, že tam dělají nějaký činnosti, na který mi potom můžeme navázat...“*

(TB1) vidí přínos zejména v tom, že klienti vědí, do čeho jdou, už umí něco uvařit, nemají takovou úzkost z vaření, mají nějaký recept s sebou a tak vyšší sebevědomí. Jako skvělý model, mu přijdou tréninkové byty v Psychiatrické nemocnici Bohnice, se kterými ještě nemá osobní zkušenost, ale myšlenka trénovat duševně nemocného k samostatnosti v nemocnici, může být způsob, jak ho reálně připravit. Je to dle jeho názoru určitě něco jiného, než když dochází pacienti do chráněného bydlení na dvě a půl hodiny týdně a něco si vyzkouší, to je dle něj málo.

Pro (TB2) je přínosné, že příchozí rozumí jejich službě, mají základní dovednosti, chtějí tu službu, chtějí se osamostatnit a díky terapeutkám z Centra psychosociálních služeb je zajištěna vhodnost klientů pro tuto službu. (TB3) má za to, že díky terapeutkám je pacientům poskytován kontakt a informace o chráněném bydlení.

VO3: Co byste do přípravy zařadili?

TB1: *„... s těmi tréninkovými byty mi to přijde dobře nastavený, ale chápu, že to není zvládnutelný v nemocnici pro všechny. Ale ten model je skvělý... bylo by dobrý, aby klienti věděli, jaký berou léky..., aby v rámci propustky chodili za svým psychiatrem,... aby měli volné propustky a měli možnost potkat se i s návykovou*

látkou a třeba i selhat Pak se tam s tím dá i ještě pracovat..., aby byla větší zodpovědnost na nich, i třeba co se týká vyřizování dávek, ... sami si dojít na úřad... Největší dovedností, která spojuje vlastně všechny ostatní menší dovednosti, je zvládnout se samostatně stravovat, hospodařit s financema, dojít na nákup, uklidit po vaření, pravidelnost ve stravování..., je to i známkou, že je stabilizovaný zdravotní stav... Je důležitý jít do toho i s tím, že se potkáme se strachem ze selhání, ... že se to nepovede...je o práci s nadějí, ... s motivací, ..nebát se selhání,.. jít do toho znovanezakrývat nemoc, ... aby mluvili o problémech ... “

TB2: *„...Přijde mi, že příprava je dobře pojatá, nevím jestli mají tak velkou kapacitu... je fajn ta spolupráce, ... je ale potřeba ji ale občerstvovat, ... i tam (pozn.: v nemocnici) se hodně obměnili zaměstnanci, ...máme to v plánu, že se zase sejdeme..., je třeba vzájemně si říct, co od sebe navzájem potřebujeme, aby nedocházelo k tomu přesně k tomu, že jen předají kontakt někomu, že potřebuje někde jen bydlet...pak ti lidé nejsou pro tu službu připraveni... Super mi přijde, že když je hospitalizovaný nějaký náš klient, tak je domluva, že se ho na čtyřce také ujmou a dochází na nácviky, ... k nám (pozn.: do chráněného bydlení) chodí na propustky... U některých je dobrá zkušenost přijít do chráněného bydlení a beztréstně si to tam vyzkoušet, s tím, že se pak rozhodnou oni i my....“* Na dotaz V: *jestli zde nemají pacienti problém s financemi, když někteří nechtějí šetřit, bylo zjištěno, že zatím TB2 je pouze informuje, jak to u nich s financemi je, ale: „... bylo by prima mít rezervu, ale nemáme zatím stanovenou žádnou kauci, což je i na jeden z cílů na promyšlení, abychom se přiblížili běžnému životu, kde běžně za podnájem kauci platí ...zatím není podmínkou...“*

TB3 na dotaz reagovala: *„...přemýšlím, co je pro ně nejméně obtížný, ...když vezmu základní domény jako je péče o domácnost... tak je velký rozdíl, když vaří pro sebe nebo pro celou komunitu, bylo by zajímavý, aby se učili vařit větší množství jídla, aby na to byli připraveni a nebyl to pro ně pak takový skok, ... taky nakupování většího množství potravin, dokázat si to rozplánovat, ... vést je k motivaci, ke zdravému životnímu stylu, k tomu, jak se samostatně stravovat, ...jak užívat léky, motivovat k chození pravidelně k lékaři, ... považujeme to tady (pozn.: v chráněném bydlení) za samozřejmost, že si na to sami myslí...Důležitá je i příprava péče o sebe sama,*

o domácnost, jak uklízet ... a nějaká motivace, aby se naučili vyhledávat pomoc, říct si o ni... Vnímám, že by tohle mohly být velký pozitiva v rámci přechodu,...,ale přivítala bych také větší seznámení se navzájem (pozn.: s pracovníky nemocnice), sejít se, popovídat si o klientech a říct si navzájem co potřebujeme...“

(TB1) by do přípravy zařadil tréninkové byty. (TB2) přijde příprava dobře pojatá, vyzdvihla význam a užitečnost spolupráce s terapeuty a ostatními pracovníky z nemocnice. Zmínila ale problém velké fluktuace na obou stranách a z toho plynoucí nutnost tuto spolupráci „občerstvovat“, vyjasnit si, co kdo poskytuje a vzájemně si říct, co od sebe navzájem potřebují. Plánují vzájemné setkání. Je na zvážení úvaha o stanovení kauce, která by pacienty nutila mít nějakou finanční rezervu při nástupu do chráněného bydlení a je rovněž na zvážení zda absolvování programu přípravy na chráněné bydlení by nemělo být podmínkou k přijetí. (TB3) by též přivítala společné setkání a seznámení se navzájem. To, co by příprava měla zahrnovat, odvodila v podstatě ze základních domén člověka a ze svých dosavadních zkušeností. Mimo jiné by do nácviku vaření zařadila učení se nakupovat a vařit větší množství jídla, aby to nebyl pak takový skok.

Shrnutí DVC4

Cílem DVC4 bylo pomocí tazatelských otázek zjistit klady a zápory programu přípravy na chráněné bydlení z pohledu expertů z chráněného bydlení BONA o.p.s.

TB1, který s duševně nemocnými pracuje 7 let, z toho v BONĚ o.p.s. 5 let, na dotaz, zda jsou pacienti přicházející z hospitalizace v Psychiatrické nemocnici Bohnice připraveni na pobyt v chráněném bydlení, odpověděl, že je to jak kdy. Pokud projdou Centrem psychosociálních služeb, tak většinou vědí, do čeho jdou, mají informace, přichází už i s recepty z cvičné kuchyňky... Jinak je tomu u lidí, kteří neprojdou tímto centrem, a pozastavil se nad tím, že těch je v poslední době více. Rozhodně mu ale nepřijde, že by příchozí do chráněného bydlení byli připraveni, neboť to je dle jeho názoru pro ně ještě dlouhý proces adaptování se na prostředí, zvykání si na

povinnosti, oproti nemocnici, kde se o nic nemusí starat. A konkrétně uváděl problémy, se kterými se nově příchozí klient do chráněného bydlení musí najednou po dlouhé hospitalizaci v nemocnici potýkat. Patří mezi ně: povinnosti a zodpovědnost za jejich splnění, finanční problémy – dluhy, exekuce, osobní přebírání celého měsíčního příjmu, mnohdy velmi nízkého, (nikoliv možnost dostávat ho po menších částkách jako v nemocnici) a hospodaření s ním, při čemž musí odolávat nástrahám, které se mu najednou kvůli volnosti otevírají a za které může peníze utratit, včetně alkoholu, drog, cigaret, musí si platit léky. Mají problém kupovat zdravé potraviny (je to i z důvodu nízkého příjmu), pravidelně se stravovat a též potraviny nakupovat. Náročné pro ně je, že si musí chodit k lékařům pro léky (mimo psychiatrických léků mívají např. i interní atd.) nevědí, kdo jim je musí předepisovat. Největší problém je najednou ta spousta volného času, se kterým si nevědí rady, protože v nemocnici mají přesný režim a program. Nedostatek financí jim zužuje škálu výběru volnočasových aktivit, mají problém překonat pohodlnost. Je těžší je motivovat do volnočasových aktivit, ale daří se je motivovat do práce, právě kvůli vidině získání dalších financí. Na tyto problémy připraveni nejsou.

TB2: která pracuje s duševně nemocnými 9 let, si naopak myslí, že jsou většinou dobře připraveni, zejména pokud projdou programem na pavilonu 4, protože pak rozumí jejich službě. Trochu se pozastavila nad tím, že někteří zájemci třeba jenom na tento pavilon přijdou, dostanou kontakty a už se přichází informovat o možném přijetí. TB3: která pracuje s duševně nemocnými 2 roky v BONĚ o.p.s., před tím byla rok jako dobrovolník v Dobroduši, nemá zatím příliš zkušeností s klienty z tohoto programu přípravy a nedokázala proto říci, jak je či není příprava užitečná.

TB1: vidí cenný přínos samotné přípravy, zejména v tom, že klienti vědí, do čeho jdou, už umí něco uvařit, nemají takovou úzkost z vaření, zkusili si to, už mají nějaký recept s sebou a tak vyšší sebevědomí, že alespoň něco umí. Jako skvělý model, mu přijdou tréninkové byty v Psychiatrické nemocnici Bohnice, se kterými ještě nemá osobní zkušenost, ale myšlenka trénovat duševně nemocného k samostatnosti v nemocnici, může být způsob, jak ho reálně připravit. Je to dle jeho názoru určitě něco jiného než když dochází pacienti do chráněného bydlení na dvě a půl hodiny týdně a něco si vyzkouší, to je dle něj málo.

TB2: vidí přínos v tom, že příchozí rozumí jejich službě, mají základní dovednosti, chtějí tu službu, chtějí se osamostatnit a díky terapeutkám z Centra psychosociálních služeb je zajištěna vhodnost klientů pro tuto službu. Není výjimkou, že důvodem klientů k přijetí je jejich vidina propuštění z nemocnice a větší motivace spíše ze strany lékařů než samotných pacientů, což bývá problémem.

TB3: vidí přínos v tom, že díky terapeutkám je poskytován kontakt a informace o chráněném bydlení a klienti jsou na ně navázáni ohledně možností pomoci, na které lze navázat.

TB1: by do přípravy zařadil tréninkové byty, to mu přijde jako velice dobře nastavené, i když rozumí, že to není zvládnutelné v nemocnici pro všechny.

TB2: přijde příprava dobře pojatá, vyzdvihla význam a užitečnost spolupráce s terapeutky a ostatními pracovníky z nemocnice. Ale v současné době z důvodu velké fluktuaace na obou stranách, vidí jako nutnost tuto spolupráci „občerstvovat“, vyjasnit si, co kdo poskytuje a vzájemně si říct, co od sebe navzájem potřebujeme, aby nedocházelo k tomu, že se jen předá kontakt někomu, protože potřebuje někde bydlet. Proto se plánuje vzájemné setkání a je to to, co by v rámci spolupráce a přípravy na chráněné bydlení zařadila. Jedním z cílů na promýšlení by mohla být úvaha o stanovení kauce, která by pacienty nutila mít nějakou finanční rezervu při nástupu do chráněného bydlení, tak jak je běžné při zajištění podnájmu. Při loučení na dotaz V: mimo záznam, zda by předmětem společného setkání mohlo být i vyjasnění si, zda absolvování programu přípravy na chráněné bydlení by nemělo být podmínkou k přijetí.

TB3: zatím nemá povědomí o tom, co se v programu přípravy všechno s klienty nacvičuje, proto by přivítala společné setkání a seznámení se navzájem, možnost popovídat si o klientech a říct si navzájem, co potřebujeme. To, co by příprava měla zahrnovat, odvodila v podstatě ze základních domén člověka a ze svých dosavadních zkušeností při práci s těmito lidmi v chráněném bydlení. Mimo jiné by do náviku vaření zařadila učení se nakupovat a vařit větší množství jídla, aby to nebyl pro ně pak takový skok.

7 Závěr výzkumného šetření a diskuze

V provedeném výzkumném šetření, které bylo zaměřeno na **vyhodnocení přípravy na chráněné bydlení očima samotných pacientů** Psychiatrické nemocnice Bohnice a **klientů chráněného bydlení BONA o.p.s.**, a **na vyhodnocení přípravy na chráněné bydlení očima expertů podílejících se na přípravě** v Psychiatrické nemocnici Bohnice na jedné straně a **expertů z chráněného bydlení BONA o.p.s.** na straně druhé, byl pomocí kvalitativní výzkumné strategie, formou polostrukturovaného rozhovoru, zjišťován jejich názor na efektivnost, užitečnost, kvalitu či naopak na neefektivnost a nedostatečnost tohoto programu přípravy na chráněné bydlení, který probíhá během hospitalizace v Psychiatrické nemocnici Bohnice.

Na základě těchto zjištění a komparace odpovědí zmiňovaných respondentů se mi podařilo odpovědět na hlavní cíl výzkumného šetření a **dospět k odpovědi na hlavní cíl bakalářské práce** a to, **zda má příprava duševně nemocných pacientů význam při přechodu z hospitalizace** v Psychiatrické nemocnici Bohnice **do chráněného bydlení**. Vesměs u všech informantů bylo zjištěno, že **příprava má své klady a význam**. Největší povědomí, o konkrétním nácviku v rámci programu přípravy na chráněné bydlení, mají o nácviku vaření, tedy o cvičné kuchyňce, a to jak ze strany pacientů Psychiatrické nemocnice Bohnice, tak klientů a expertů z chráněného bydlení BONA o.p.s. Myslím, že nevádí, když je tento nácvik vnímán ze strany pacientů a klientů jako vítaná změna v jídelníčku nemocnice, protože podstatné je to, že si z něho odnáší poznatek, jak levně a chutně lze jídlo pořídit, ale získávají též zkušenosti se samotnou přípravou jídla a s nakupováním. Odnáší si recepty, které budou moci použít, až si budou muset vařit sami.

Docházení na tento nácvik jim zvyšuje také jejich sebevědomí. Často musí překonávat svou únavu, nechut' něco dělat a obavu z toho, že to nezvládnou. V konečném hodnocení mají ale radost z toho, že toto překonali a že se jim něco podařilo. Zajímavé bylo, že se vůbec nezmiňovali o zkušenosti, že se také naučili např. zacházet se spotřebiči a podřizovat se většině např. v tom, co se bude vařit.

Myslím, že velký podíl na tom mají samotní terapeuti, jejichž přístup byl hodnocen pouze kladně, protože se jim toto daří podávat naprosto nenásilnou formou.

Snad právě proto, že nácvik vaření je více méně praktickou dovedností, neoslovuje pacienty/klienty již tolik nácvik komunikace a nevnímají již tak další aktivitu, nazvanou - nácvik praktických dovedností. Spíše si vybavují aktivity v dílnách na Centrální terapii, kde si mohou zkusit také něco sami vyrobit. Kdyby mohly být nácviky komunikace a praktických dovedností spojeny více s praktickými a osobními zkušenostmi, např. s výlety, s poznáváním okolí nebo třeba s doprovody na úřady, nebo s hledáním práce..., domnívám se, že by pak i tyto nácviky byly pro pacienty/klienty více zajímavé a přínosné. Sami totiž tyto možnosti aktivit zmiňovali.

Experti z obou zařízení by jednoznačně takovýto způsob přípravy a nácviků také přivítali, neboť si uvědomují, jak je pro pacienty/klienty cenné získávání většího sebevědomí, jistoty a samostatnosti. Bohužel z důvodu časových, kapacitních a z důvodu režimu na odděleních v Psychiatrické nemocnici Bohnice je nemožné s každým pacientem dojít na úřad, ale snad stojí za zamyšlení, jestli by se nemohly podnikat procházky za účelem poznání okolí chráněných bydlení BONA o.p.s., které jsou v blízkosti Psychiatrické nemocnice Bohnice a občas jestli by se nemohl uskutečnit nějaký výlet po Praze?

Jako skvělý **model pro přípravu na chráněné bydlení**, ale i pro propuštění z dlouhodobé hospitalizace, se dle odpovědí, jeví **pobyt v tréninkových bytech** v Psychiatrické nemocnici Bohnice. Pokud zde bude probíhat intenzivní příprava, postupné uvolňování režimu, učení se samostatnosti a zodpovědnosti, pomohlo by to duševně nemocným lidem výrazně **zmírnit jejich „skok“ z hospitalizací na pobyt „venku“ nebo v chráněném bydlení, a přispělo by to významně k jejich snazší adaptaci a k zapojení se do běžného života mimo zdi nemocnice**. Bohužel těchto míst je zatím málo.

Do nácviků by bylo **vhodné**, na základě zkušeností a výpovědí expertů z chráněného bydlení BONA o.p.s., **zařadit problematiku volného času**, který nejsou zvyklí z nemocnice si sami řídit a organizovat. Také možnost vyzkoušet si odolat nástrahám při uvolnění režimu (jakými jsou třeba nákup věcí, které chtějí mít a nedomyšlí, že si

je nemohou dovolit, nebo najednou snadná dostupnost alkoholu a drog, měli-li s ní v minulosti problém) je cennou zkušeností. Je nutné sdělit, že mnohým, pro některé dokonce poprvé v životě, se teprve v nemocnici pomůže vyřídit pravidelný příjem. Mají potřebu si to pak plně užívat, často nerozvázně, což je způsobeno jejich dlouhodobě nenaplněnou potřebou mít své vlastní finance.

Nemalé částky peněz vydávají za cigarety, které jsou pro většinu z nich nezbytné. Nakupují levné, mnohdy ne příliš zdravé potraviny, což nepřispívá k jejich zdravé výživě ani ke správnému stravování. Proto by **nedílnou součástí** přípravy **mělo být i učení se hospodařit s financemi**, které mají většinou velmi omezené, **ale i program zdravé výživy**, který se v Psychiatrické nemocnici Bohnice rovněž začal rozbíhat a který zmínil i jeden respondent.

Otázkou je, zda by nemělo být při přípravě na chráněné bydlení **povinností i ušetření si** nějakých **peněz**, třeba **na kauci**, jak je běžné při stěhování se do podnájmu. Mělo by to být především z důvodu, že v nemocnici si pacienti nemusí nic platit, ani léky, ani jídlo. Často jim pak jejich invalidní důchody, nebo i dávky hmotné nouze, slouží jako měsíční kapesné, na což si velice snadno zvykají a pak je pro ně nepříliš příjemné za to všechno „venku“ platit. Přitom nikdo ze zaměstnanců, pokud se nejedná o osoby omezené ve svéprávnosti, nemá právo je v tomto nějak omezovat. Z mých zkušeností, v mnoha případech, nepomáhá domluva ani dobře míněná rada. Velkým **problémem** se ukazuje i fakt, že **pacienti nejsou zvyklí se starat o zajištění si potřebného množství léků**, které musí užívat, **a nejsou zvyklí si je chodit pravidelně k lékaři napsat**. I tomuto problému by **v přípravě měla být věnována pozornost**.

Ze závěrů výzkumného šetření vyplynula i shoda v názorech expertů na **intenzívnější nácviky a to až do doby nástupu do chráněného bydlení**. Přitom je však důležitý **komplexní přístup a vzájemná spolupráce**. V Psychiatrické nemocnici Bohnice, každý jinak ze své pozice v týmu, nezastupitelně pacientovi pomáhá. Je k tomu ale zapotřebí větší informovanosti a propojenosti mezi sebou a také možnost přítomnosti terapeutů na poradách či vizitách. Má-li to však takto fungovat je nutné **zapřemýšlet nad kapacitou a možnostmi jednotlivých pracovníků**, v neposlední řadě i nad **prostory**, kde nácviky probíhají, nejen co do

počtu, ale i co do **vybavenosti**. Někde by, dle názoru jednoho z pacientů, stačilo vymalovat, dát pohodlné židle nebo křesla. Ohledně **cvičné kuchyňky** nebylo ani tak kritizováno prostředí, ale spíše její **velikost nebo počet pacientů při vaření**. Objevilo se i přání, **vyzkoušet si uvařit sám celé jídlo a vařit pro více lidí**. V neposlední řadě si přáli **zvýšení četnosti aktivit v chráněném bydlení**, které zmírňují jejich obavy z neznámého a strach ze selhání.

Smysluplná a **důležitá** je i **vzájemná spolupráce a propojenost s experty z chráněných bydlení**, která se ale musí pravidelně „*občerstvovat*“ (řečeno slovy jedné z terapeutek chráněného bydlení), neboť na obou stranách je velká fluktuace. Proto se plánuje **společné setkání**, kde bude zapotřebí **si vyjasnit, co kdo poskytuje a vzájemně si říct, co od sebe navzájem potřebují**, aby nedocházelo k tomu, že se jen předá kontakt někomu, protože potřebuje někde bydlet. Je též na **zvážení**, zda **absolvování programu přípravy na chráněné bydlení by nemělo být podmínkou k přijetí do chráněného bydlení**. Ukazuje se, že **pokud pacienti projdou programem přípravy na chráněné bydlení**, tudíž Centrem psychosociálních služeb, tak většinou **mají informace, vědí, do čeho jdou, umí něco uvařit a díky vzájemné spolupráci, je zajištěna i jejich vhodnost pro tuto službu**.

I přesto, že je jasné, že nelze plně pacienty, během jejich hospitalizace, připravit na všechno, s čím se budou v životě mimo zdi nemocnice potýkat, může jim taková příprava velice pomoci v jejich adaptování se na prostředí a zvykání si na povinnosti, o které se v nemocnici nemusí starat. Přáním všech zůstává, aby se nemuselo na místo v chráněném bydlení tak dlouho čekat, jinými slovy, kéž by jich bylo dostatek.

Závěr

Předložená bakalářská práce se zabývala problematikou duševně nemocných a kladla si za cíl zmapovat možnosti rehabilitace takto nemocných lidí v kontextu s komunitní péčí a význam přípravy duševně nemocných pacientů na přechod z hospitalizace v Psychiatrické nemocnici Bohnice do chráněného bydlení.

V teoretické části byly nejprve vymezeny nejčastěji užívané pojmy, které se vztahují k péči o duševně nemocné. Následně byla mapována možnost jejich rehabilitace, blíže byla věnována pozornost komunitní péči, samotné rehabilitaci duševně nemocných a jejich přípravě na chráněné bydlení během hospitalizace v Psychiatrické nemocnici Bohnice. V této souvislosti byla popsána činnost Centra psychosociálních služeb v Psychiatrické nemocnici Bohnice, kde příprava na chráněné bydlení probíhá.

V metodické části bylo využito kvalitativní výzkumné strategie a techniky polostrukturovaného rozhovoru. Cílem výzkumného šetření bylo vyhodnocení přípravy na chráněné bydlení očima samotných pacientů Psychiatrické nemocnice Bohnice a klientů chráněného bydlení, BONA o.p.s., a očima expertů podílejících se na přípravě v Psychiatrické nemocnici Bohnice na jedné straně a expertů z chráněného bydlení BONA o.p.s. na straně druhé. Byl zjišťován jejich názor na efektivnost, užitečnost, kvalitu či naopak na neefektivnost a nedostatečnost, programu přípravy na chráněné bydlení během hospitalizace.

Na základě těchto zjištění a komparace odpovědí zmiňovaných respondentů se mi podařilo získat odpověď na hlavní cíl výzkumného šetření. Vesměs všichni oslovení se shodli, že příprava má své klady a význam. Pacienti sice musí mnohdy překonávat svou únavu, nechuť něco dělat a obavu z toho, že to nezvládnou, ale v konečném hodnocení mají radost z toho, že toto překonali a že se jim něco podařilo.

Výzkum potvrdil, že pokud pacienti projdou programem přípravy na chráněné bydlení, tudíž Centrem psychosociálních služeb, tak mají potřebné informace o chráněném bydlení, vědí, do čeho jdou, umí něco uvařit. Příprava jim tak pomáhá

v jejich lepší adaptaci na nové prostředí a zvykání si na povinnosti, o které se v nemocnici nemuseli starat.

Dále bylo zjištěno, že jako skvělý model pro přípravu na chráněné bydlení, ale i pro propuštění z dlouhodobé hospitalizace, se jeví pobyt v tréninkových bytech, který může pomáhat duševně nemocným lidem výrazně zmírnit jejich „skok“ z hospitalizace na pobyt „venku“ nebo v chráněném bydlení.

Nemalý význam mají získané poznatky ohledně smysluplnosti přípravy pacientů na chráněné bydlení, kdy hraje důležitou roli i vzájemná spolupráce celých týmů na jednotlivých odděleních Psychiatrické nemocnice Bohnice a propojenost s experty z chráněných bydlení. Jako vhodné, se dle zjištěných skutečností, jeví pořádat společná setkání a vyjasňovat si, co kdo poskytuje a vzájemně si říkat, co od sebe navzájem potřebují. Velkým kladem se v tomto ohledu ukázalo, že je vůle a snaha na obou stranách. Společným přáním všech zůstává, aby bylo dostatečné množství navazujících komunitních služeb.

Domnívám se, že se mi podařilo naplnit hlavní cíl práce, i když jsem si vědoma, že tyto závěry vycházejí z odpovědí malého vzorku respondentů. Zvolená výzkumná kvalitativní strategie mi umožnila formou polostrukturovaných rozhovorů získat jejich hlubší pohled a subjektivní zkušenosti.

Tato bakalářská práce bude poskytnuta pracovníkům, kteří se v přípravě na chráněné bydlení angažují. Získané poznatky uvedené v závěru výzkumného šetření této práce, by jim mohly posloužit jako zpětná vazba ke zjištění, jak přípravu vnímají samotní pacienti/klienti, ale i experti z řad pracovníků Psychiatrické nemocnice Bohnice a chráněného bydlení BONA o.p.s.. Mohly by též vést ke zkvalitnění přípravy na chráněné bydlení a být užitečné i dalším zájemcům o chráněné bydlení, kteří budou muset program přípravy absolvovat.

Seznam literatury

- BAŠTECKÝ, J. *Psychiatrie, právo a společnost*. 1. vyd. Praha: Galén, 1997. ISBN 80-85824-45-0.
- BAUDIŠ, P., LIBIGER, J. *Psychiatrie a etika*. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-104-1.
- ČERNOUŠEK, Michal. *Šílenství v zrcadle dějin*. Praha: Grada Avicenum, 1994. 236 s. ISBN 80-7169-086-4.
- DÖRNER, K., PLOG, U. *Bláznit je lidské: Učebnice psychiatrie a psychoterapie*. Praha: Grada, 1999. 356 s. ISBN 80-7169-628-5.
- HENDL, J., *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005, 408 s. ISBN 80-7367-040-2.
- KUZNÍKOVÁ, I. A kol. *Sociální práce ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 224 s. ISBN 978-80-247-3676-1.
- MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 176 s. ISBN 978-80-247-2138-5
- MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie: Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 2. vyd. Praha: Portál, 2010. 144 s. ISBN 978-80-7367-723-7.
- MALÍK HOLASOVÁ, Věra. *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014, 160 s. ISBN 978-80-247-4315-8.
- MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
- MATOUŠEK, O. a kol. *Encyklopedie sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2013, 576 s. ISBN 978-80-262-0366-7.
- MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 384 s. ISBN 80-7178-548-2.
- MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, 288 s. ISBN 80-7178-549-0.

MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J. (eds.). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*, 2. vyd. Praha: Portál, 2010. 352 s. ISBN 978-80-7367-818-0.

PROBSTOVÁ, V., PĚČ, O. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Portál. 2014. 248 s. ISBN 978-80-262-0731-3.

STUHLÍK, Jan. *Asertivní komunitní léčba & case management*. Praha: Fokus Praha, 2001.

STYX, P. *Zacházení s bláznem - interakční psychiatrie*, vydala Společnost pro reklamu a tisk, Brno, 1991.

RABOCH, J., PAVLOVSKÝ P. *Psychiatrie - minimum pro praxi*. 1. vyd. Praha: Triton, 1998. ISBN 80-85875-98-5.

TICHÝ, J. *Historie bohnické psychiatrie v letech 1903 - 2005*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-441-5.

Elektronické zdroje

Historie vzniku, BONA o.p.s.. [online]. [2016-01-17]. Dostupné z:

<http://www.bona-ops.cz/o-nas/historie>

Chráněné bydlení, BONA o.p.s.. [online]. [2015-11-21]. Dostupné z:

<http://www.bona-ops.cz/chrane-bydleni-podpora-samostatneho-bydleni-0/>

Výroční zpráva 2013, BONA o.p.s.. [online]. [2015-11-21]. Dostupné z:

http://www.bona-ops.cz/sites/www.bona-ops.cz/files/dokumenty/bona_o.p.s._-vyrocni_zprava_2013_0.pdf

Základní prohlášení, BONA o.p.s.. [online]. [2016-01-17]. Dostupné z:

<http://www.bona-ops.cz/o-nas/zakladni-prohlaseni>

Domácí řád, Psychiatrická nemocnice Bohnice. [online]. [2015-11-04]. Dostupné z:

<http://www.bohnice.cz/wp-content/uploads/dokumenty/domaci-rad-pnb.pdf>

Domácí řád oddělení 30 - Psychiatrická nemocnice Bohnice. [online]. [2016-01-17].
Dostupné z: <http://www.bohnice.cz/wp-content/uploads/dokumenty/domaci-rad-odd-30.pdf>

Léčba - centrum krizové intervence, Psychiatrická nemocnice Bohnice. [online].
[2015-11-04]. Dostupné z: <http://www.bohnice.cz/lecba/centrum-krizove-intervence-a-resocializace/>

Léčba - péče v komunitě, Psychiatrická nemocnice Bohnice. [online]. [2015-11-04].
Dostupné z: <http://www.bohnice.cz/lecba/pece-v-komunitě/>

I. následná péče - Psychiatrická nemocnice Bohnice. [online]. [2016-01-17].
Dostupné z: <http://www.bohnice.cz/lecba/nasledna-pece-1/>

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 51. [online]. [2016-01-17].
Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast3>

Seznam tabulek

Tab. 1 Transformace dílčích výzkumných cílů do tazatelských otázek.....	41
Tab. 2 Přehled respondentů – pacientů PN Bohnice.....	47
Tab. 3 Přehled respondentů – klientů CHB BONA o.p.s.	47
Tab. 4 Přehled respondentů – expertů PN Bohnice	48
Tab. 5 Přehled respondentů – expertů CHB BONA o.p.s.....	48

Přílohy

Příloha č. 1: Doporučení ošetřujícího lékaře do programu přípravy na chráněné bydlení

Příloha č. 2: Schválení etické komise Psychiatrické nemocnice Bohnice

Příloha č. 3: Přepis rozhovoru s terapeutem – expertem z Psychiatrické nemocnice Bohnice

Příloha č. 1: Doporučení ošetřujícího lékaře do programu na chráněné bydlení



**Doporučení ošetřujícího lékaře
do programu přípravy na chráněné bydlení**

Jméno, příjmení, titul pacienta: Oddělení:

Jméno ošetřujícího lékaře:

1. Doporučuji CHB: (bližší informace níže): Skupinové (Komunitní) Individuální (Samostatné)

2. Návčik na cvičné kuchyňce: ano ne

V případě souhlasu uveďte, zda má pacient/ka nějaké z těchto onemocnění: žloutenka, diabetes, jiné infekční onemocnění:

Má pacient dietu, alergii? Uveďte:

3. Účast na návčikových skupinách ano ne

Vlastní aktivita k řešení situace bez problémů nezájem

Úroveň kognitivních funkcí normální snižená

Navazování komunikace obtížné bez problémů

Na návčikových skupinách jsou hlavními tématy komunikační a praktické dovednosti, forma skupin je dvojího typu, rozdíl je v náročnosti a v míře aktivity pacienta. Pacienti jsou do nich zařazováni dle svých možností, schopností a dovedností.

Datum:

.....
Podpis ošetřujícího lékaře

Chráněné bydlení KOMUNITNÍ	Chráněné bydlení SAMOSTATNÉ
Důležité pro vstup: Motivace pacienta, cíle a plány, kam směřovat.	
Je: - časově omezená služba - spolupráce při návčiku dovedností potřebných pro praktický život (vaření, úklid, úřady, komunikace, soužití apod.) - terapeut celodenně	Je: - časově omezená služba - vyšší míra samostatnosti (medikace, vaření, úklid) - minimální podpora terapeuta (max. 1x týdně)
Nejedná se o: - náhražku levného ubytování - lékařskou péči Není na doživotí Terapeut je v případě samostatného bydlení k dispozici kdykoli.	

V případě jakýchkoli nejasností kontaktujte, prosím, poradnu pro bydlení - tel. linka 241.

FO0796

Psychiatrická nemocnice Bohnice, Ústavní 91, 181 02 Praha 8

Tel.: +420 284 016 111, Fax: +420 284 016 595, www.bohnice.cz

Bankovní spojení: Komerční banka a.s. 16434081/0100 IČ: 00064220 DIČ: CZ00064220

Příloha č. 2: Schválení etické komise Psychiatrické nemocnice Bohnice



PSYCHIATRICKÁ
NEMOCNICE
BOHNICE

Etická komise

ekomise@plbohnice.cz

Hálová Martina

soc. pracovnice pav. 30,
I. 391 nebo 604 58 79 72

Naše značka:

Vyřizuje/linka: 420284016141

V Praze dne 23.2. 2016

Věc: žádost o schválení výzkumného šetření v rámci psaní bakalářské práce.

Etická komise Psychiatrické nemocnice Bohnice vyslovila **souhlas** s výzkumným šetřením v rámci bakalářské práce „**Příprava pacientů s duševním onemocněním na chráněné bydlení**“, na Ústavu soc. práce v Hradci Králové, obor - soc. práce s osobami se sníženou soběstačností.

Vedoucí bak. práce je PhDr. Daniela Květenská, Ph.D.

Etická komise žádost posoudila a schválila bez výhrad.

MUDr. Richard Krombholz

Předseda etické komise PL Bohnice

Mgr. Jan Pomykacz v.z.
tajemník etické komise

Psychiatrická nemocnice Bohnice
Ústav I B1
181 02 Praha 8 – Bohnice

Psychiatrická nemocnice Bohnice Ústav I 181 02 Praha 8

Tel.: +420 284 016 111 Fax: +420 284 016 595 www.bohnice.cz

Bankovní spojení: Komerční banka a.s. 16434081/0100 IČ: 00064220 DIČ: CZ00064220

Příloha č. 3: Přepis rozhovoru s terapeutem – expertem z Psychiatrické nemocnice Bohnice

V: „*Takže, prosím tě, můžu se tě v úvodu zeptat, jak dlouho už pracuješ s duševně nemocnými?*“

T: „*Jo, vlastně bez třech měsíců to teď bude šest let. Před tím jsem pracovala s dětmi.*“

V: „***A tady (myšleno v Psychiatrické nemocnici Bohnice) jakou roli v programu přípravy na chráněné bydlení zastáváš?***“

T: „*Já jsem v poradně pro bydlení. Máme tady i pracovní poradnu. Ohledně bydlení poskytujeme poradenství a pomoc při hledání bydlení jak v podnájmech, ubytovnách, tak v azylových domech, domech na půli cesty a rovněž v chráněných bydleních. Co se týče chráněného bydlení, tak vedu informační skupiny o chráněném bydlení, aby se vůbec pacienti dozvěděli co a jak... jaké jsou typy chráněných bydlení, které organizace je poskytují, pro koho jsou určeny, kolik to stojí a tak... Vedu také nácvikovou kuchyňku, kde si trénují vaření, nákupy... A samozřejmě s klientama pracuji i individuálně – to si připravujeme opravdu takový to konkrétní - že můžeme zavolat do toho chráněného bydlení, domluvit tam pacientovi schůzku, pohovor... je v podstatě možné, už vlastně tady spolupracovat s tím chráněným bydlením.*

V: „***A z tvého pohledu, co by si navrhovala, případně zlepšila, v tom programu přípravy na chráněné bydlení?***“

T: „*...Rozhodně Centrum psychosociálních služeb potřebuje víc lidí, pracovníků... Pracujeme s klienty vlastně z celé léčebny - teda nepracujeme s dětmi a s geronto odděleními, ale jinak úplně se všemi, což je potom leckdy nereálný. Když zavolá 50 lidí a chce individuální schůzku a jsou tady dva pracovníci, tak to samozřejmě může trvat dlouho... A bylo by potřeba i víc prostoru. Tím jak se tady vedou různé skupiny a my na to máme jednu místnost, kterou si střídáme, ještě i s relaxacema. ... Je tady i málo kanceláří na ty individuální pohovory. Jsou tu tři místnosti a je pět pracovníků. Ty dva jsou pak, jako takový bez domova. ... A taky bych uvítala větší aktivitu od lékařů, kteří jsou na těch pavilonech a kteří podle mě, umí víc vytipovat lidi, kteří by na to měli, jenom se to třeba nedozví... A zvýšit víc informovanost, nějak to víc*

propojit. Na některé pavilony chodíme na vizity a na porady a s tím doktorem, sociálkou a vůbec celým týmem, jsme propojení, to je úžasný. Na některých pavilonech to úplně ne tak funguje... Podle mě je to škoda, pak propadají sítím lidí, kteří by na to byli indikováni, skvělí, ale nedozví se o tom... “

V: „Máš pocit, že ta příprava na chráněné bydlení pacienty nějak mění, nějak mění jejich přístup k léčbě a ke spolupráci?“

T: „Jo, určitě. Je strašně důležité, s čím ten pacient do toho vstupuje. To znamená, jestli opravdu chce. A stačí, aby tam byla jen jiskřička... Může být vyděšený, může si nevěřit, to nevadí, ale ta motivace, že opravdu chce něco změnit,.. tak ta stačí na to, aby to postupně zvládl.. Třeba je to dlouhodobější, ale je vidět, že postupně získává sebevědomí, i v tý kuchyňce zjišťuje, že vlastně toho umí víc, než si kolikrát i myslel. Někdy mají hodně nízké sebevědomí... A myslím, že taky hodně ty pacienty povzbudí to, že se jdou do těch chráněných bydlení podívat... Vidí, jak to tam vypadá, na co se vlastně celou dobu připravujou. Přestane to být takový jako cosi něco, ale začne to být naprosto jasně reálný. A to jim také zvedne motivaci, jsou mnohem více nadšenější. Zejména ti, co mají strach a jsou stále nerozhodní, tak těm to moc pomůže... Potom tam mají možnost chodit třeba i na komunity, vaření... a tak se pomalu seznamují s prostředím, s klienty chráněného bydlení, s therapy. Tak to je úplně ideální... Když jde člověk někam bydlet, tak jako, co ho zajímá? ... jak vypadá pokoj, postel, kde bude nejbližší obchod atd.“

V: „No, přemýšlím, na co jsem se ještě mohla zeptat a nezeptala...?“

T: „...no, mě jenom napadlo, jestli ještě můžu k tomu, co bych třeba změnila..., to by byl tedy takový můj sen!... Víc pracovníků, to je základ!... Ale mít nácvikové skupiny i mimo areál, zkusit jezdit na výlety, ... aby poznali okolí, Prahu, a to ale víckrát! Aby si uměli dojít na úřad a moci tam s nima dojít, když z toho mají obavy... Třeba klidně vzít skupinu, která půjde do toho bydlení a obejít všechno kolem, nějak je tak s tím okolím seznámit,... kde je nejbližší obchod, pošta, lékárna, banka, lékař.... Tohle z důvodu kapacity bohužel není a nejde. Ale tohle by mi přišlo úplně ideální...“

V: „Děkuju moc za rozhovor.“