

Univerzita Hradec Králové

Ústav sociální práce

**Možnosti sociální rehabilitace u psychiatricky
nemocných v Pardubicích**

Bakalářská práce

Autor: Bc. Lucie Rýznarová

Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce s osobami se sníženou soběstačností

Vedoucí práce : Mgr. Kateřina Kolínská

Hradec Králové

2016



Zadání bakalářské práce

Autor:	Bc. Lucie Rýznarová
Studium:	U13132
Studijní program:	B6731 Sociální politika a sociální práce
Studijní obor:	Sociální práce s osobami se sníženou soběstačností
Název bakalářské práce:	Možnosti sociální rehabilitace u psychiatricky nemocných v Pardubicích
Název bakalářské práce A]:	Possibilities of Social Rehabilitation of Psychiatric Patients in Pardubice

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Problematika duševních onemocnění, klasifikace duševních nemocí, systém sociálních služeb pro pacienty s duševním onemocněním, možnosti sociální rehabilitace u psychiatrických pacientů v Pardubicích, návaznost sociální rehabilitace na hospitalizaci i ambulantní léčbu v Pardubicích, návrhy na zlepšení stávajícího stavu péče o psychiatricky nemocné. Zvolené metody a techniky: kvalitativní výzkumná strategie, polostrukturovaný rozhovor, studium dokumentů.

PRAŠKO, Ján. Psychiatrie: pro střední zdravotnické školy. Praha: Informatorium, 2003. MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ. Psychiatrie. Praha: Portál, 2010. KÚČEROVÁ, Helena a Pavel PAVLOVSKÝ. Schizofrenie v kazuistikách. Praha: Grada, 2010

Garantující pracoviště:	Katedra sociální práce a sociální politiky, Ústav sociální práce
Vedoucí práce:	Mgr. Kateřina Kolínská
Oponent:	Mgr. Zuzana Machová
Datum zadání závěrečné práce:	4.12.2014

Prohlášení

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

V Pardubicích dne

Bc. Lucie Rýznarová

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat všem, kteří mi byli nápomocni při zpracování této práce. Především paní Mgr. Kateřině Kolínské za odborné vedení bakalářské práce. Dále mé mamince a kamarádce Půše za velkou psychickou podporu.

Abstrakt

RÝZNAROVÁ, Lucie. *Možnosti sociální rehabilitace u psychiatricky nemocných v Pardubicích*. Hradec Králové, 2016. 87 s. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové, Ústav sociální práce. Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Kolínská

Tato bakalářská práce pojednává o duševních onemocněních a systému sociálních služeb pro pacienty s duševním onemocněním. Dále o možnostech sociální rehabilitace u psychiatrických pacientů.

Práce je uspořádána jako část teoretická, na ní navazuje část výzkumná.

V teoretické části jsou uvedeny základní pojmy, charakteristika psychiatrických onemocnění se zaměřením na schizofrenii, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy – psychózy. Dále se zabývám sociálními problémy a možnostmi sociální rehabilitace osob s duševním onemocněním.

Z teoretických poznatků vyplývá nutnost aktivní spolupráce sociálních pracovníků s psychiatry, pro poskytnutí co nejkvalitnější podpory a pomoci klientovi.

Pro výzkumné šetření jsem si zvolila kvalitativní výzkumnou metodu formou polostrukturovaného rozhovoru s psychiatry, sociálními pracovníky a klienty. Cílem šetření bylo zmapovat nástroje a efektivitu předávání informací o dostupných službách v rámci sociální rehabilitace u osob s duševním onemocněním. Šetřením jsem zjistila, že teoretických informací mají psychiatři i klienti dostatek, horší je to s komunikací psychiatrů a sociálních pracovníků.

Klíčová slova: sociální rehabilitace, sociální služby, schizofrenní poruchy, sociální práce

Abstract

RÝZNAROVÁ, Lucie. Possibilities of Social Rehabilitation of Psychiatric Patients in Pardubice. Hradec Králové, 2016. 87 p. Bachelor Degree Thesis. University of Hradec Králové. Leader of the Bachelor Degree Thesis Mgr. Kateřina Kolínská

This Bachelor's Thesis deals with mental illnesses and social care and services offered to the people suffering from any mental illnesses. It also deals with social rehabilitation which is crucial for the people with mental illness and psychiatric patients.

The Thesis is divided into two parts: theory and research.

The theoretical part provides its readers with elementary vocabulary, characteristic of psychiatric illnesses (focused on schizophrenia, schizophrenic disorders and fallacy disorders – psychoses).

The Thesis also deals with social problems and social rehabilitation possibilities and options (social rehabilitation for the people with mental illness).

The theoretical findings and knowledge have shown an active co-operation and collaboration between social workers and psychiatrists is necessary and crucial for providing clients and patients with top-quality support and help.

A qualitative research method of semi-structured interviews with psychiatrists, social workers and clients has been applied in the Bachelor's Thesis.

This research aimed at mapping instruments and efficiency of transfer of information concerning social rehabilitation services that are available for the people with mental illnesses. This research has shown psychiatrists and patients get enough theoretical information but there is a lack of information distribution and transfer between psychiatrists and social workers.

Key words: social rehabilitation, social services, psychotic disorders, social work

Obsah

Úvod.....	9
1 Vymezení psychiatrického onemocnění	11
1.1 Přehled duševních onemocnění podle MKN 10	11
1.2 Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy.....	12
2 Sociální problémy u nemocného psychózou.....	15
2.1 Bydlení.....	15
2.2 Sociální vztahy	16
2.3 Práce a trávení volného času	16
2.4 Péče o sebe a o své zdraví	17
3 Možnosti sociální rehabilitace	18
3.1 Legislativa	18
3.2 Lůžková zdravotnická zařízení	19
3.3 Pobytová sociální zařízení	20
3.4 Terénní a ambulantní služby.....	21
3.5 Zaměstnání.....	22
4 Úskalí sociální rehabilitace	24
5 Poskytovatelé sociálních služeb v Pardubicích.....	27
5.1 Péče o duševní zdraví region Pardubice (dále PDZ)	27
5.2 Péče o duševní zdraví – středisko Výměník.....	28
5.3 CEDR Pardubice o.p.s	29
5.4 Česká abilympijská asociace, o.s. - Integroční centrum Kosatec	29
5.5 APOLENKA z.s	30
6 Shrnutí teoretické části.....	31
7 Metodická část	32
7.1 Vymezení hlavních a dílčích cílů	32
7.2 Výzkumná strategie	33

7.3	Transformace dílčích cílů do tazatelských otázek	34
7.4	Charakteristika výzkumného souboru	36
7.5	Specifika informantů	36
7.6	Organizace a průběh výzkumu	37
8	Analýza a interpretace zjištěných výsledků výzkumu	38
8.1	Mají klienti dostatečné informace o možnostech sociální rehabilitace v Pardubicích?	38
8.2	Mají psychiatři v ambulancích dostatečné informace o možnostech sociální rehabilitace vhodné pro jejich pacienty?	39
8.3	Jakým způsobem se klienti dostanou ke službě sociální rehabilitace?	40
8.4	Jak efektivně spolupracují psychiatři a sociální pracovníci ve službě sociální rehabilitace?	41
9	Shrnutí výzkumné části	44
	Závěr	47
	Použitá literatura	48
	Seznam tabulek	50
	Seznam příloh	51

Úvod

Ve své práci se budu zabývat sociální rehabilitací lidí trpícími duševním onemocněním. Zaměřím se na psychiatrické diagnózy F20–F29, schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy. Jelikož je důležité znát dokonale klienta i s jeho onemocněním, uvedu v mé práci klasifikaci duševních onemocnění podle klasifikačního systému MKN 10.

Dále se zaměřím na schizofrenii, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy. V přehledu uvedu hlavní příznaky, diagnostiku a léčbu. Poté se budu věnovat sociální práci s klienty se schizofrenií, zaměřím se na problémy, které mohou nastat a možnosti jejich řešení.

Problémy se týkají několika sfér života klienta a to bydlení, společenské stigmatizace a izolace a problémy se sociálními vztahy, práce a trávení volného času, péče o sebe a o své zdraví. Těmto sférám je třeba se věnovat při práci s klientem. Zmíním legislativu, která se týká sociální rehabilitace. Podrobněji se zaměřím na sociální rehabilitaci, na možnosti, které jsou v dnešní době pro klienty dostupné. Dále se zmíním o krizových, neobvyklých situacích, které mohou nastat při práci s klientem trpícím psychotickým onemocněním a možnostech jak situace řešit. V závěru uvedu přehled organizací poskytující sociální služby v Pardubicích.

Toto téma jsem si vybrala, protože pracuji jako všeobecná sestra v psychiatrické ambulanci a vidím jak je důležitá spolupráce a předávání informací mezi psychiatrem a sociálním pracovníkem.

Jako hlavní výzkumný cíl jsem si zvolila – *Zmapovat nástroje a efektivitu předávání informací o dostupných službách v rámci sociální rehabilitace o osoby s duševním onemocněním.*

Dílčí výzkumné cíle

- Mají klienti dostatečné informace o možnostech sociální rehabilitace v Pardubicích?
- Mají psychiatři v ambulancích dostatečné informace o možnostech sociální rehabilitace vhodné pro jejich pacienty?
- Jakým způsobem se klienti dostanou ke službě sociální rehabilitace?
- Jak efektivně spolupracují psychiatři a sociální pracovníci ve službě sociální rehabilitace?

Informace budu získávat pomocí polostrukturovaných rozhovorů, abych se dověděla podrobněji, co by jednotlivé dotazované skupiny – klienti, sociální pracovníci a psychiatři zlepšili ve své spolupráci. Zda mají nějaké nápady jak zlepšit vzájemnou informovanost.

1 Vymezení psychiatrického onemocnění

V této kapitole se budu věnovat psychiatrickým onemocněním z medicínského hlediska. Při práci s klienty je důležité znát příznaky a projevy onemocnění a jejich dopad na život klienta.

1.1 Přehled duševních onemocnění podle MKN 10

Duševní onemocnění jsou v lékařství označovány písmenem F.

F00–F09 organické duševní poruchy včetně symptomatických

V první kategorii jsou všechny typy demence, dále organické poruchy mozku způsobené alkoholem, drogami nebo poškozením mozku.

F10–F19 duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek

Zde jsou zahrnuty poruchy vyvolané užíváním drog a alkoholu

F20–F29 schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy

Této kategorii se dále budeme věnovat více.

F30–F39 poruchy nálady

Zahrnuje deprese, mánie, bipolární poruchu.

F40–F49 neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy

Asi nejčastější diagnózy objevující se u psychiatrů. Úzkostné poruchy, fobie, poruchy přizpůsobení

F50–F59 behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory

Tato kategorie zahrnuje poruchy příjmu potravy, poruchy spánku, sexuální dysfunkce a duševní poruchy v šestinedělí.

F60–F69 poruchy osobnosti a poruchy chování u dospělých

Různé poruchy osobnosti, pohlavní identity, porucha sexuální preference.

Zde bych uvedla, že porucha osobnosti se stává poruchou jen v případě, že někomu určité chování a projevy vadí, ať je to osoba s poruchou, či její okolí. Jen v tom případě se stává problémem.

F70–F79 mentální retardace, F80–F89 poruchy psychického vývoje, F90–F98 poruchy chování a emocí v dětském věku (se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci)

Zahrnují dětské psychiatrické diagnózy. (Smolík, 1996)

1.2 Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy

V této kategorii jsou zahrnuta duševní onemocnění, u kterých jsou přítomny psychotické příznaky, které tato onemocnění definují. Mezi psychotické příznaky patří bludy a halucinace s náhledem i bez, dále dezorganizované chování, myšlení, řeč. (Smolík, 1996)

Člověk s psychózou si žije vlastní svět, má jiné vnímání a myšlení, než zdraví lidé.

Příznaky se dělí na pozitivní a negativní. (Horáček, 2003)

Pozitivní příznaky jsou poruchy vnímání, myšlení, dezorganizace, poruchy motoriky.

Mezi *negativní příznaky* patří oploštění, otupění, chudá řeč až neschopnost řeči, apatie, neschopnost prožívat radost, nezáměr o sociální kontakty. (Bankovská Motalová, a další, 2011)

Nejčastějšími poruchami vnímání jsou halucinace, které nemají žádný reálný podklad. Mohou být vnímány všemi smysly. Nejčastější jsou halucinace sluchové, ale mohou být i zrakové, čichové či tělové, kdy nemocný cítí něco v těle, bolest či nezvyklé pocity. (Praško, 2003)

„Pacient nejčastěji slyší lidské hlasy, které mohou mezi sebou hovořit, nebo mluví k pacientovi, mohou ho oslovovat jménem nebo nemusejí, komentují jeho jednání, popř. mu něco přikazují.“ (Kučerová, 2010 str. 11)

Iluze, které jsou založeny na reálném podkladu, ale nemocný je vnímá odlišně od reality. Například místo závěsu vidí člověka. (Bankovská Motalová, a další, 2011)

Poruchy myšlení - bludy. U bludů je typická nesmyslnost pro okolí a nevyvratitelnost bludu pro klienta. Nemocný má blud v centru pozornosti, je bludem zcela ovládnán. Bludy mohou být různé – paranoidní (vztahovačné), perzekuční (pronásledování) ,emulační (žárlivecké), ohrožení, hypochondrické, religiózní,... (Bankovská Motalová, a další, 2011) (Kučerová, 2010)

Dezorganizace je projev poruch myšlení a vnímání na venek, tím je převážně řeč, nemocní si vymýšlejí různé neologismy, jejich řeč je neadekvátní, mohou být přítomny myšlenkové zárazy. (Malá, a další, 2010)

Emoční oploštělost je neschopnost silných citových prožitků. Tací lidé se jeví okolí laxní, chladní, bezcitní. Časté bývají deprese či úzkosti, které prožívají velmi silně. (Kučerová, 2010)

Dále je často přítomna abulie, porucha vůle, v nejtěžších případech až tak, že klient není schopný vstát z postele. Nemocný by rád něco dělal, ale nemá na to sílu, vše ho rychle unaví. (Kučerová, 2010)

Diagnostika psychóz se provádí rozborem anamnézy, rozhovorem a neuropsychologickými testy.

Neexistuje žádná testová nebo laboratorní analýza, která by diagnózu přesně stanovila. Vždy je potřeba podrobný rozbor chování a myšlení psychiatrem a hodnocení vývoje onemocnění v čase.

Tato nemoc má velmi různorodý průběh. Často však má nemocný jisté příznaky již před akutním vzplanutím, atakou. Ataky se mohou objevit pouze jednou nebo se opakují. (Malá, a další, 2010)

Léčba základem jsou antipsychotika. Dále se podávají antidepresiva a benzodiazepiny pro úzkost, nespavost. (Horáček, 2003)

Schizofrenie

Patří k nejzávažnějším duševním onemocněním. Nejčastěji začíná v adolescenci mezi 16-18 rokem a dále mezi 25-30 rokem.

Jen asi 20% nemocných má dobrou prognózu, kdy prodělá jen jednu psychotickou epizodu bez dalšího poškození. Bohužel spousta nemocných prodělává několik psychotických

epizod, které vedou k poškození fungování jak v zaměstnání, tak v běžném i osobním životě. (Malá, a další, 2010)

Schizofrenie je u každého člověka naprosto originální, tak jak je každý člověk jedinečný. Tato nemoc se vyvíjí, její jednotlivý průběh je pokaždé jiný, ale společné pro všechny je její chronicita. (Kučerová, 2010)

Paranoidní schizofrenie

Je nejčastější. Jsou přítomny paranoidní bludy doprovázené zvláště sluchovými halucinacemi. Přítomny jsou převážně bludy perzekuční (pronásledování) a vztahovačné dále originární, žárlivecké, transformace vlastního těla. Přítomny jsou hlasy, které na nemocného promlouvají, dávají mu příkazy, vyhrožují. (Malá, a další, 2010)

Hebefrenní schizofrenie

Počátek má zejména v adolescenci, připomíná vystupňované pubertální chování. Přítomny jsou změny emotivity a chování, jsou velmi proměnlivé, nepřiměřené situaci, oploštělé. Myšlení a řeč je inkohorentní. Mají tendence k sociální izolaci. (Horáček, 2003) (Malá, a další, 2010) (Smolík, 1996)

Katatonní schizofrenie

Je přítomna porucha motoriky, katatonní stupor, jedná se o snížení pohybu až ztuhlost, snížené reakce na podněty. Dále může být přítomný mutismus, negativismus.

Aktivita se pohybuje mezi dvěma extrémy nadměrná aktivita s impulzivním, někdy až nebezpečným jednáním a ztuhlostí.

Další typy schizofrenie - nediferencovaná (má rysy více typů schizofrenie), reziduální.

Dále do této kategorie patří schizotypní porucha, schizoafektivní porucha a další. (Horáček, 2003) (Malá, a další, 2010)

2 Sociální problémy u nemocného psychózou

V této kapitole se zaměříme na problémy a jejich možnostmi řešení. Problémy nastávají v několika sférách života klienta a to je bydlení, společenská stigmatizace a izolace a problémy se sociálními vztahy, práce a trávení volného času, péče o sebe a o své zdraví. (Mahrová, a další, 2008)

2.1 Bydlení

Zde je problémů hned několik. Dlouhé a většinou se opakující hospitalizace v psychiatrických nemocnicích způsobují vznik hospitalismu. Případně se může stát, že se klient nemá kam vrátit. Často klienti bydlí u rodičů, kteří o ně pečují, někdy se stávají bezdomovci.

Je třeba, aby klient mohl využít maximum svého potenciálu. Existuje několik možností ubytování pro klienty s různým stupněm postižení.

Někteří klienti potřebují dlouhodobý lékařský dohled, proto často dlouhodobě, někdy i do konce života zůstávají v psychiatrických nemocnicích.

Domovy pro seniory se zvláštním režimem a psychiatrickou péčí poskytují trvalou ošetrovatelskou péči, sociální rehabilitaci a zajišťují pro klienty všechny základní životní potřeby, které si nedokáží zajistit sami.

Chráněná bydlení, poskytují komunitní nebo samostatné bydlení, kde má klient podporu jak od sociálních pracovníků, tak se klienti podporují navzájem. Klienti jsou motivováni k samostatnosti, což znamená vést, pokud to jen jde, spokojený a plnohodnotný život i přes své onemocnění. Učí se takovým dovednostem, aby zvládli samostatné bydlení a vše spojené se samostatným životem. Ze strany sociálního pracovníka je klientovi poskytována podpora i kontrola. Klienti jsou zde ubytováni na určitý čas, většinou rok až rok a půl. Ideální pro klienty je se po využití této služby nastěhovat do vlastního bytu s podporou nebo do bytu sociálního. (Matoušek, 2005) (Úlehla, 1999) (Mahrová, a další, 2008)

Bydlení ve vlastním nebo sociálním bytě s podporou je určeno pro klienty soběstačné, zvládající o sebe samostatně pečovat. Pracovníci klienta navštěvují a dle jejich plánu podporují klienta a pomáhají mu zvýšit životní úroveň. (Mahrová, a další, 2008)

2.2 Sociální vztahy

Již v dávné minulosti měli psychiatricky nemocní těžký život, velmi často byli pokládáni za čaroděje, ztělesnění ďábla apod.. (Janík, 1987)

V dnešní době je to bohužel podobné, lidé se psychiatricky nemocných bojí, jsou to pro ně blázni a nejradši by, aby byli zavřeni a nevyskytovali se mezi „zdravou“ populací. Lidé se domnívají, že psychiatricky nemocní jsou násilní a tím jsou pro své okolí nebezpeční. (Mahrová, a další, 2008)

Pro klienta je velmi složité navázat sociální kontakty se zdravými lidmi, díky tomu se stávají společensky izolovanými. Je třeba jim pomoci začlenit se mezi společnost. Mohou to být lidé stejně nemocní nebo podobně nemocní v klubech a různých zájmových zařízeních pro psychiatricky nemocné. Dále může sociální pracovník použitím podpory, pomoci klientovi se začleněním do skupiny mezi zdravé lidi. (Mahrová, a další, 2008)

2.3 Práce a trávení volného času

Většina nemocných s psychózou má přiznanou invaliditu různých stupňů. Problémy nemocní mají s dlouhodobými poruchami kognitivních funkcí a pozornosti. Často také mívají dlouhodobé pracovní neschopnosti kvůli zhoršení svého zdravotního stavu.

Na zaměstnání se mohou připravit v sociálně terapeutických dílnách a zaměstnání mohou získat v dílnách chráněných, kde jim je pracovní náplň i pracovní doba zvolena tzv. na míru. Většinou se jedná o rukodělné dílny či kavárny. Klienti s plnou invalidizací mohou využít denních center a klubů, kde aktivně tráví svůj čas. Dále je možnost podporovaného zaměstnání, kde jsou klienti začleněni na místa v běžných firmách. (Mahrová, a další, 2008) (Matoušek, 2005)

Nemocní mívají problémy i s trávením volného času, často se stává, že nemocní se stávají závislími na automatech, mohou zneužívat návykové látky, dále se mohou izolovat a nenavazovat žádné sociální kontakty. Klienty v kvalitním trávení volného času může omezovat finanční náročnost, nedostupnost, strach ze stigmatizace, z nového,...

Nemocným se nabízejí různé aktivity, kde se setkávají s podobně nemocnými, jsou kluby, organizace pořádající různé kroužky, přednášky, kurzy, výlety, tematické akce, pobyty,... (Matoušek, 2005)

2.4 Péče o sebe a o své zdraví

Jako ostatní sféry i tato se odvíjí od stupně postižení onemocněním. Někteří nemocní zvládají veškerou péči o sebe i léčbu samostatně.

Bohužel je však mnoho klientů bez objektivního náhledu na své onemocnění, nechtějí se léčit, nemají vůbec pocit nemoci, cítí se zdraví. Toto je velký problém, jelikož neabsolvováním léčby a neužíváním předepsaných léků, dochází k relapsům, které, jak jsem se již zmínila, prohlubují kognitivní a sociální deficit. Tím dochází k bludnému kruhu, ze kterého bývá těžké vystoupit. Tito klienti často pod vlivem onemocnění spáchají či se pokusí spáchat trestný čin, tím se dostanou na psychiatrické oddělení na nedobrovolnou hospitalizaci. Mohou také dostat soudem nařízenou ústavní či ambulantní ochranou léčbu.

K předcházení je důležitá spolupráce psychiatra a sociálního pracovníka a rodiny nemocného. Již při první hospitalizaci nemocného je třeba ho řádně motivovat a předat ho co nejdříve do péče sociálních služeb. Je to důležité pro kontrolu zvládnání života po propuštění klienta do domácí péče.

Klient většinou odchází po propuštění s pracovní neschopností, pro léčbu je třeba nejen účinek léků, ale také nový návyk klienta, případně úprava medikace v domácím prostředí. Tento čas může sociální pracovník využít na podporu klienta, aby se snáze vyrovnal se svou nemocí a spolupracoval v léčbě. Dle mě je v této fázi přechodu z hospitalizace do domácího prostředí sociální pracovník nepostradatelný, stane se klientovi průvodcem, kterého klient po první atace potřebuje a může předejít dalším atakám, které nemocného poškozují. (Bankovská Motalová, a další, 2011)

3 Možnosti sociální rehabilitace

Sociální rehabilitace je velmi důležitá služba pro klienty s psychózami. Jak plyne z předchozího textu, je třeba se u klientů zaměřit na obnovu fungování v běžném životě.

Sociální rehabilitace by měla začít již při prvním kontaktu klienta s psychiatrickým zařízením. (Hejzlar, 2009)

3.1 Legislativa

V tomto bodě se zaměřím na legislativu, která se dotýká nemocných psychózou.

Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb.

„Tento zákon upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci (dále jen "osoba") prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách.“ (ČESKO, 2006 str. 1)

Mého tématu se týká již druhá část zmíněného zákona, která se zabývá příspěvkem na péči. Příspěvek na péči je určen pro osoby, které jsou závislé na pomoci jiné osoby. Jak jsem již zmínila výše, nemocní s psychózou tuto skutečnost někdy naplňují, proto je dobré klienta s touto možností seznámit.

Ve třetí části zákon definuje sociální služby. Zde bych mohla citovat zákon, jak jednotlivé sociální služby popisuje, jakými způsoby dochází k financování. Jaké jsou podmínky pro organizace poskytující sociální služby. Je zde definován také sociální pracovník a pracovník v sociálních službách. (ČESKO, 2006)

V § 70 je definována sociální rehabilitace.

„Sociální rehabilitace je soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností

a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb. “
(ČESKO, 2006 str. 25)

Vyhláška č. 505/2006

Touto vyhláškou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Vyhláška rozšiřuje zákon o přesně definované činnosti, které pracovníci vykonávají.

V §35 je definována sociální rehabilitace, kterou u nemocných psychózou nejvíce využijeme. Dle tohoto paragrafu poskytují organizace klientům psychosociální rehabilitaci vždy v rozsahu individuálních potřeb klienta. Jedná se zejména o nácvik dovedností péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začleňování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím. (ČESKO, 2006)

3.2 Lůžková zdravotnická zařízení

V řadě lůžkových zařízení v dnešní době již nacházejí doléčovací nebo rehabilitační oddělení, kde mimo úpravy farmakologické léčby nabízejí činnosti na podporu obnovy sociálních funkcí a připravují klienta na zapojení do běžného života. (Hejzlar, 2009)

Sociální pracovníci v lůžkových zařízeních připravují klientovi možnosti pro návrat do jeho přirozeného prostředí a usnadňují jim tím lepší začlenění se do společnosti. Zjišťují, zda se klient má kam vrátit po propuštění z lůžkového zařízení, zda rodina klienta bude ochotná a schopná spolupracovat, zda klient má dostatečné finanční prostředky. (Matoušek, Oldřich a kol., 2007)

Sociální pracovník pomáhá klientovi s podáváním žádostí na úřadech – o invalidní důchod, příspěvek na péči apod. Pokud je to třeba, může klientovi, prostřednictvím

praktického lékaře, zajistit službu domácí péče, která nabízí hlavně zdravotnickou péči, zajistí podávání léků, případně jiné potřebné zdravotnické úkony. (Matoušek, Oldřich a kol., 2007)

Před propuštěním z lůžkového zařízení je třeba, aby klient již měl svého sociálního pracovníka, který mu bude po propuštění z lůžkového zařízení k dispozici. Společně by měli mít vytvořený plán sociální rehabilitace a předběžně již mít rozplánováno, co vše je potřebné zařídit po samotném propuštění klienta. V době bezprostředně po propuštění se klient spoléhá převážně na svého sociálního pracovníka, který mu umožní lépe se začlenit do společnosti a běžného života.

3.3 Pobytová sociální zařízení

Domovy se zvláštním režimem poskytují pobytové služby klientům, kteří mají z důvodů chronického duševního onemocnění sníženou soběstačnost. (ČESKO, 2006)

Poskytují ubytování, stravu, pomoc u úkonů péče o sebe, které klient sám nezvládá. Dále poskytují sociální rehabilitaci, aktivizují klienty a zprostředkovávají sociální kontakty klientům a tím jim pomáhají. Dávají jim také bezpečné zázemí pro klidný a spokojený život.

Pro klienty, kteří bydlí doma, ale rodinní příslušníci musí chodit každý den do práce a není v jejich silách zajistit nemocnému efektivní využití volného času, jsou vhodné denní nebo týdenní stacionáře, které poskytují stejné služby jako domovy se zvláštním režimem, ale klient se odpoledne nebo na víkend vrací domů.

Stacionáře zřizované zdravotnickými zařízeními se nacházejí převážně ve velkých městech v nemocnicích, a pro klienty z vesnic bývá velkou překážkou dojíždění a finanční možnosti. I kapacita denních stacionářů je omezená. Klienti mají denní program, který se liší dle zařízení. Přítomný je lékař a zdravotní sestry, dále je k dispozici psycholog a sociální pracovník. Hlavní složkou sociální rehabilitace je většinou ergoterapie, klienti vyrábějí rukodělné výrobky. Klientům je také poskytována psychoterapie skupinová, rodinná i individuální, trénink kognitivních funkcí a mnoho dalších aktivit. (Hejzlar, 2009)

Chráněné bydlení je další forma typu bydlení. Je většinou omezena na určitou dobu. Klienti bydlí v bytech sami či se spolubydlícími. Klient se učí správným návykům ve spolupráci se sociálním pracovníkem, který klienta navštěvuje, tvoří spolu plán rehabilitace.

Klient by si měl postupně osvojit schopnosti samostatného života a být schopen vrátit se zpět do svého bytu či se přesunout do bytu sociálního a samostatně fungovat. (Mahrová, a další, 2008)

3.4 Terénní a ambulantní služby

Case management

S každým klientem je třeba pracovat individuálně. Pomáhat mu tvořit plán, zohledňovat čeho chce klient dosáhnout a co pro to musí udělat. Individuální, klíčový, sociální pracovník je pro klienta velmi důležitý.

Case management je metoda koordinace péče o klienta jedním klíčovým pracovníkem.

Klíčový pracovník by se měl zaměřit na hlavní cíle rehabilitace klienta, sem zahrneme zmírnění či úplné vyřešení hlavních problémů klienta a jeho bezpečnost, dále se pracovník plánováním pokouší zlepšit klientovo každodenní fungování v běžném životě a v neposlední řadě podporuje klientův osobní rozvoj. Pro osobní rozvoj klienta se snaží využít všechny dostupné prvky. Dále klíčový pracovník komunikuje s ostatními organizacemi, aby mohl být klientovi co nejvíce nápomocen.

Klíčový pracovník musí s klientem nejprve navázat dobrý vztah, musí zde panovat vzájemná důvěra, tím je zajištěna vzájemná spolupráce hlavně ze strany klienta. Budování vztahu nějaký čas trvá, proto je vhodné, aby pracovník navázal s klientem vztah už při prvním kontaktu s psychiatrickým zařízením a aby měli dostatek času se navzájem poznat a vybudovat mezi sebou pevné základy důvěry, které v pozdější době pomůžou překonat obtížná období krizí, například zhoršení zdravotního stavu, které sociální pracovník na základě svých osobních zkušeností a dobré znalosti klienta dokáže lépe odhalit a včasně zareagovat.

Individuální plánování pracovníka s klientem se odvíjí převážně od přání klienta. Co on by chtěl dokázat, jak si představuje svůj život a čeho by chtěl dosáhnout. Dále musí pracovník řešit i klientovi problémy, které nemusí chtít klient řešit, ale ze společenského hlediska je

třeba se jimi zabývat (např. dluhy,...). I zde je důležitá klientova důvěra v pracovníka pro dobrou spolupráci. V individuálním plánu, který klient s pracovníkem tvoří, je vždy také určen čas do kdy se dohodnuté aktivity zvládnou, případně čas vyhodnocení, přehodnocení klientových plánů.

Klíčový pracovník spolupracuje s ostatními složkami, které o klienta pečují, jak zdravotnickými, tak využívá nabídky sociálních služeb, vhodných pro svého klienta a tím je schopen zajistit klientovi co možná nejlepší podmínky pro spokojený život. (Matoušek, 2005)

Kluby, zájmové činnosti

Dalšími službami, které klienti mohou využít, jsou různé kluby, kroužky a další zájmové činnosti. V klubech se klienti scházejí, vaří si společná jídla, tráví spolu volný čas. Kluby často pořádají výlety a pobyty v přírodě, kde se účastní společných aktivit a podporují sociální vztahy mezi klienty.

Zájmové kroužky bývají za zvýhodněnou cenu či úplně zdarma. Rozvíjí klienty a naplňují jejich volný čas. Klienti se zapojují do aktivit, tím se zlepšuje navazování sociálních kontaktů a komunikačních dovedností.

3.5 Zaměstnání

Klienti mají často přiznaný invalidní důchod. Návrat klienta do zaměstnání bývá mnohdy složitý. Klient by se měl znovu zařazovat do pracovního procesu postupně a pozvolna.

Sociálně terapeutické dílny slouží pro pracovní rehabilitaci, dále poskytují dlouhodobou chráněnou práci. Klienti si zde získávají a zlepšují pracovní dovednosti. Klienti se v dílnách připravují na práci v běžných podmínkách, mohou získávat nové dovednosti, které mohou následně využít v zaměstnání. (Hejzlar, 2009)

Chráněné dílny klientovi vyjdou vstříc s postupným přidáváním hodin strávených v práci, dále jsou zde kvalifikovaní pracovníci, kteří mohou klientovi pomoci, kdykoli je to potřebné. Důležitou roli hraje pro klienty i smysluplnost práce. Klienti vyrábí rukodělné výrobky – košíky, keramika, atd. a ty následně klienti prodávají. Časté jsou chráněné kavárny, poskytují klientům smysluplnou práci i sociální kontakty. (Mahrová, a další, 2008)

Jak plyne ze zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, § 35ba odstavec c) ;d) ;e) zaměstnavatelé invalidních osob mají daňové zvýhodnění. (ČESKO, 2014)

Dle mne ne vždy jsou tito zaměstnavatelé připraveni na to, co obnáší zaměstnání psychiatricky nemocného a tím způsobují zhoršení klientova stavu a dost často následné hospitalizace a dlouhodobé pracovní neschopnosti. Myslím si, že by nemělo být zaměstnávání nemocných takto plošně bonusováno. Zaměstnavatel by měl mít alespoň minimální představu, jak nemocného zaměstnance přijímá a jak bude jejich následná spolupráce vypadat.

Někteří klienti se mohou navrátit na volný pracovní trh s plným či zkráceným úvazkem.

4 Úskalí sociální rehabilitace

Při práci s psychiatrickými pacienty nás mohou potkat různé nástrahy. V následující kapitole bych chtěla na některé z nich upozornit. Nejdůležitější je se klienta nebát a nedávat mu najevo, že se chová nebo mluví nenormálně. Je třeba se naladit na rovinu komunikace, kde se nachází. Klient musí cítit, že se mu snažíme rozumět, můžeme dát najevo, že ne vše chápeme, ale bereme ho jako rovnocenného člověka. (Kučerová, 2010)

Klient s nařízenou ochrannou léčbou

Ochrannou léčbu nařizuje soud jako prevenci opakování trestné činnosti nebo nevhodného jednání klienta, které vzniklo následkem jeho onemocnění a eliminaci všech možných komplikací spojených s klientovou nemocí.

Léčba může být ambulantní či ústavní. Sociální pracovník hraje u obou typů ochranné léčby důležitou roli. Pomáhá klientovi s řešením úředních záležitostí, pomáhá v řešení sociálních problémů.

O ukončení ochranné léčby rozhoduje soud na základě vyjádření lékaře a výslechu svědků. (Mahrová, a další, 2008)

Rozčilený, agresivní klient

U klientů s duševním onemocněním se můžeme setkat s verbální i fyzickou agresivitou. Je dobré znát postupy co v těchto případech dělat, aby například nedošlo ke zbytečnému poranění klienta nebo pracovníka.

Každá agrese má 3 fáze, fázi rozčilující, agresivní a zklidňující. (Jůn, 2010)

Dobré je pokusit se uklidnit klienta již ve fázi rozčilení. Pro mírné rozčilení můžeme použít ignoraci a odvedení pozornosti jiným směrem. Dále se můžeme pokusit řešit klientův problém, pokud je to v našich silách a tím zmírnit klientovo rozčilení.

Verbální zklidňování je dobré pro větší rozčlenění, pracovník dává klientovi za pravdu, potvrzuje oprávněnost klientovi emoce a klient má možnost o problému s pracovníkem diskutovat. (Jůn, 2010)

Pokud nastane situace a klient pracovníka fyzicky napadne, musíme se uchýlit k restrikci, ta může být šetrná fyzická (sebeobrana), mechanická (zamčení v místnosti) a poslední chemická (podání tlumivých látek na základě medikace lékaře). (Jůn, 2010)

Pracovník se snaží, aby se klient co nejrychleji dostal do zklidňující fáze a nevrátil se do fáze agrese. Můžeme použít verbální i neverbální zklidňování, odvedení pozornosti, rozbor incidentu (Jůn, 2010)

Relaps onemocnění

Sociální pracovník by měl rozeznat i příznaky počínajícího relapsu onemocnění, kterými jsou například nespavost, nesoustředěnost, nervozita, netrpělivost, ztráta zájmu o společenský kontakt, nechutenství, pocit klienta, že je někdo, kdo není (zesměšňován, středem zájmu, pronásledován,...) (Bankovská Motalová, a další, 2011)

I klient by měl být poučen, co má dělat v případě relapsu onemocnění od psychiatra či sociálního pracovníka. Klient by se neměl bát někomu svěřit, že se necítí v pořádku, měl by omezit stresující činnosti, dodržovat denní režim, navštívit svého psychiatra, popřípadě ho kontaktovat telefonicky nebo zavolat pohotovost. (Bankovská Motalová, a další, 2011)

Syndrom vyhoření a pocit viny

Práce s psychicky nemocnými lidmi je pro pracovníka velká zátěž, proto se musí chránit před syndromem vyhoření. Syndrom vyhoření je stav psychického a fyzického vyčerpání a dokáže pracovníkovi velmi znepríjemnit život. (Venglářová, 2007)

S klienty navážeme během spolupráce vztah. Tento vztah musí být natolik vyvážený, aby nezpůsobil sociálnímu pracovníkovi újmu. Přítomnost stresorů při práci s klienty,

pocity frustrace, špatné vztahy se spolupracovníky, nadřizenými to vše může mít za následek vyhoření pracovníka.

Sociální pracovník by měl dbát na péči o sebe a zdravý životní styl. Je třeba, aby se pracovník po práci oprostil od klientů a uměl si užít své volno a nekomplikovat si pracovními problémy svůj osobní život. Důležitý je i profesní růst, semináře, přednášky,... (Venglářová, 2007)

Pracovník se může setkat s pocitem selhání ve své profesi, pocitem viny. Může si klást za vinu, když plán vytvořený spolu s klientem selhává. Zde bych uvedla kazuistiku z vlastní praxe.

„Klient 42 let, léčí se pro paranoidní schizofrenii, s těžkým průběhem, s resistencí k léčbě. Klient bydlí v domě se svou matkou a tetou. Klient kontaktuje organizaci poskytující sociální rehabilitaci na základě doporučení svého psychiatra. Klient by rád navštěvoval klub a chráněnou dílnu, to ale není možné vzhledem ke každodennímu dojíždění. Klient je zaevidován s žádostí o chráněné bydlení. Následuje skoro roční příprava na přesun do chráněného bydlení. Velmi zkušený sociální pracovník provádí s klientem nácvik pohybu po větším městě, probírají různé krizové situace. Po necelém roce dochází k nastěhování klienta do tréninkového bytu, který obývá s dalšími 4 spolubydlíci.

V bytě se klientovi líbí. K první krizové situaci dochází při zhoršení zdravotního stavu jednoho ze spolubydlících. Klient tuto krizovou situaci s pomocí sociálního pracovníka překoná. Následuje delší čas klidu, klient v bytě spokojený, učí se o sebe pečovat, vařit,... Následuje zhoršení zdravotního stavu, klient je paranoidní, odposlouchávají ho sousedi. Následně zamkne spolubydlící na balkoně a napadne přivolané policisty. Klient končí v psychiatrické nemocnici.

Klíčový pracovník měl pocit selhání, že klienta neudržel kompenzovaného v bytě. Za pomoci supervizí a podpory týmu svůj pocit překonal.

Myslíme si, že není vždy v našich silách stoprocentně pomoci našim klientům. Klientům stačí naše víra v ně a naše podpora. Že se to někdy nepovede, patří k životu.

5 Poskytovatelé sociálních služeb v Pardubicích

V Pardubicích máme několik poskytovatelů sociálních služeb, v následujících kapitolách bych ráda nastínila jaké služby mohou poskytnout a jak mohou pomoci klientům s duševním onemocněním.

5.1 Péče o duševní zdraví region Pardubice (dále PDZ)

Spolek PDZ je nestátní, nezisková organizace, která pomáhá klientům s duševním onemocněním. Cílovou skupinou jsou lidé, kteří se léčí pro duševní potíže, starší 18ti let a s trvalým bydlištěm v Královéhradeckém a Pardubickém kraji.

Poskytují ambulantní i terénní službu. Nabízejí sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence, základními činnostmi při poskytování sociálních služeb jsou pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, základní sociální poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, telefonická krizová pomoc, nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění, podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností.

Sociální pracovník pomáhá klientům s vyřizování sociálních dávek a veškerých úředních záležitostí, finančním hospodařením, vyřizováním dluhů a splátkových kalendářů, bydlením (placení nájmu a energií, jednání s vlastníky domu, atp.), řešením krizových situací jako jsou mezilidské konflikty, rodinné spory, nevýhodné smlouvy, ztráta práce či bydlení, nácvik samostatného života.

Organizují společenská setkání duševně nemocných lidí v Klubu Pohoda na Dubině, zde organizují rekondiční pobyty a výlety, chodí plavat, na bowling, na výstavy, funguje i svépomocná skupina, která se koná bez přítomnosti pracovníka PDZ, pořádají společné vaření, povídání a jiné aktivity dle dohody.

Dále PDZ poskytuje svým klientům tréninkové bydlení - 8 bytů, kde mohou zájemci trénovat samostatné bydlení a vyzkoušet si zda jsou schopni zvládnout samostatné bydlení.

Sociální služby PDZ jsou registrované jako sociální rehabilitace a služby následné péče a spolupracují s mnoha organizacemi (Asociace komunitních služeb v oblasti péče o duševní zdraví, Amalthea, CEDR Pardubice o. p. s., Centrum pro zdravotně postižené Pardubického kraje, Komunitní plánování Pardubického kraje, o. s. Most do života, Rozvojový fond Pardubice, a. s., Občanská poradna Pardubice, Pardubická krajská nemocnice a. s. psychiatrické oddělení, Psychiatrická léčebna Havlíčkův Brod, Statutární město Pardubice). (Péče o duševní zdraví, 2016)

5.2 Péče o duševní zdraví – středisko Výměník

Výměník je pobočný spolek PDZ a zaměřuje se na propojení sociální a pracovní rehabilitace. Nyní je nově sociální firmou a bohužel se zdá, že ztrácí svůj základní význam pomáhat lidem s duševním onemocněním, jelikož naši pacienti, kteří pracují ve Výměníku, jsou momentálně v pracovní neschopnosti z důvodu velkých nároků na rychlost a kvalitu práce, kterou neunesli.

Připravují klienta na výkon zaměstnání buď na otevřeném trhu práce, nebo v chráněné dílně. Postupným zvyšováním času, který stráví v dílně, si klient zvyká na zařazení do pracovního procesu. Zlepšení dovednosti v mezilidské komunikaci a asertivním jednání/ např. nácvik komunikace s kolegy ze sociálních služeb, veřejností a pracovníky chráněné dílny. Učí klienty lépe o sebe pečovat/ např. základy hygieny, volba vhodného oblečení k dané příležitosti apod.

Výměník má dvě sociálně terapeutické dílny Café Robinson a obchod U Soba. Posláním služby je umožnit uživatelům trávit čas v bezpečném prostředí ve spojení s příležitostmi udržet si nebo rozvíjet své sociální a pracovní dovednosti. V prostředí služby se cítí bezpečně/ např. v dílně pracuje proškolený pracovník, prostor nenarušují nečekaně cizí lidé, dílnu mohou nejprve navštěvovat individuálně, později se přidat ke skupině. Chráněné prostředí pomáhá zvládnutí základů mezilidské komunikace a slouží k udržení a zlepšení motorických dovedností . (Péče o duševní zdraví, 2016)

5.3 CEDR Pardubice o.p.s

Je obecně prospěšná společnost, která je zaměřena na poskytování služeb klientům s duševním onemocněním a poskytuje jim tři služby sociálně terapeutické dílny, sociálně aktivizační služby a chráněné pracovní dílny. Služby poskytuje dospělým klientům.

Sociálně terapeutické dílny jsou rehabilitační, rukodělná, šicí a technická, jsou poskytovány ambulantně osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, účelem je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie. Klientům pomáhá lépe zvládat jeho sociální a pracovní problémy, snaží se dosáhnout co nejvyšší míry samostatnosti a umožnit jim návrat na běžný pracovní trh.

Sociálně aktivizační služby pomáhají aktivně trávit volný čas, nabízí volnočasové, zájmové, vzdělávací aktivity – anglický jazyk, francouzský jazyk, počítačový kurz, jóga, břišní tance, dramaterapie a muzikoterapie. Dále pořádají výlety, exkurze společenské akce.

Chráněné pracovní dílny obuvnická, truhlářská, šicí a dílna kompletace jsou pracoviště, která jsou ve spolupráci s úřadem práce přizpůsobené k zaměstnávání osob se zdravotním postižením.

Socioterapeutické služby pro osoby s duševním onemocněním nabízí Integrovaný psychoterapeutický program pro osoby trpící schizofrenií a Kurz zdravého životního stylu. Pomáhá klientům zvyšovat sociální kompetence, komunikace s druhými lidmi, řešit mezilidské problémy. (CEDR Pardubice o.p.s., 2016)

5.4 Česká abilympijská asociace, o.s. - Integrační centrum Kosatec

Je občanské sdružení, jako poslání mají podporovat lidi v překonání sociální izolace, v přirozeném prostředí pomáhají při profesním rozvoji.

V Integračním centru sociálních aktivit Kosatec v Pardubicích poskytují sociální rehabilitaci lidem se zdravotním postižením nebo sociálním znevýhodněním. Pomáhají navázání sociálních kontaktů a získávání a udržení zaměstnání.

Jako cílovou skupinu mají osoby se zdravotním postižením a sociálním znevýhodněním z Pardubic a okolí, ke kterým přistupují individuálně a tvoří každému klientovi individuální plán.

V centru Kosatec je několik dílen. Kosatec spolupracuje s Úřadem práce. Šicí dílna slouží k osvojení základů šití až k finálnímu výrobku. V truhlářské dílně se klienti naučí od základů práci se dřevem. V keramické a výtvarné dílně vznikají výrobky, které organizace prodává.

Provozují také tréninkovou Kavárnu U tiskaře Brixu s tréninkovou kuchyní. A klub Lvíček, který pořádá výlety.

Dále poskytují tréninkové byty, ale spíše pro tělesně hendikepované. (Česká abilympijská asociace o.s., 2012)

5.5 APOLENKA z.s

Poskytuje sociální rehabilitaci osobám se zdravotním postižením na zemědělském statku a koňmi a dalšími hospodářskými zvířaty.

Podporují a pomáhají lidem se zdravotním postižením z Pardubic zlepšovat pracovní dovednosti, usilují o udržení či získání zaměstnání.

Dochází k nácviку dovedností, přímo v Apolence a dále poskytují pomoc i při hledání zaměstnání, doprovod na schůzky, ... (APOLENKA – HIPOREHABILITACE , 2016)

6 Shrnutí teoretické části

V teoretické části jsem se věnovala psychiatrickým onemocněním – psychózám a jejich vlivu na klientův život a možnosti sociální rehabilitace, které můžeme klientům nabídnout.

Na začátku jsem zmínila v přehledu psychiatrické diagnózy dle MKN 10. Dále jsem se věnovala podrobněji diagnózám schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy. V další kapitole jsem se vymezila sociální problémy osob s psychózou a možnosti jejich řešení. Dále jsem stručně zmínila legislativu, o kterou se opírá sociální rehabilitace. Dále navazuje kapitola o možnostech sociální rehabilitace. Předposlední kapitola je o úskalích, která mohou potkat sociálního pracovníka i při poskytování sociální rehabilitaci. A nakonec přehled poskytovatelů sociálních služeb pro psychiatricky nemocné v Pardubicích a stručné shrnutí jaké služby nabízejí.

Z teoretických poznatků vyplývá nutnost kontaktu klienta se sociálním pracovníkem co nejdříve po první atace. Je třeba úzká spolupráce všech zúčastněných odborníků, aby mohli co nejefektivněji pomoci klientovi. Na tyto teoretické poznatky dále navazuje část praktická, kde se pokusím zdokumentovat, zda psychiatři a sociální pracovníci komunikují, jakým způsobem a jak efektivně. Jestli je to dle sociálních pracovníků a psychiatrů dostatečné a zda jsou klienti zapojeni do sociální rehabilitace dostatečně a jsou spokojeni se službami, které sociální organizace nabízí.

7 Metodická část

Výzkumné šetření je zaměřeno na posouzení účelnosti a potřeby sociální rehabilitace z pohledu tří skupin dotazovaných – lékařů v oboru psychiatrie, sociálních pracovníků a klientů. Dále na efektivnosti a způsobu předávání informací mezi psychiatriy a sociálními pracovníky. Jak jsem již uvedla v teoretické části je pro klienty důležité, aby měli oporu, jelikož je jejich osobnost ovlivňována nepříznivými příznaky jejich onemocnění, které je ovlivňují a znesnadňují jim život.

Zajímá mě názor psychiatrů, na sociální pracovníky, jak s nimi komunikují, kde získávají informace o službách a zda jsou informace, které mají, dostatečné. Jakým způsobem psychiatrii nahlíží na sociální pracovníky, zda jim jejich práce pomáhá při práci s klienty s psychiatrickými klienty.

Sociálních pracovníků jsem se ptala, jakým způsobem se s nimi klienti zkontaktují, jak jim pomáhá kontakt s psychiatrií, co jim chybí a zda je něco, co by jim pomohlo zlepšit spolupráci.

U klientů mě zajímalo, jak a kdy se dostali ke spolupráci s organizacemi poskytující sociální služby, jakou pomoc využili a zda služby stále využívají či zda jim chybí nějaké informace o službách, které by rádi využili.

7.1 Vymezení hlavních a dílčích cílů

Hlavním výzkumným cílem je zdokumentovat, jakým způsobem a jak efektivně se navzájem zkontaktují klienti s psychiatrickým onemocněním, psychiatrií a poskytovatelé sociální rehabilitace v Pardubicích. Hlavní cíl je rozdělen do dílčích cílů.

DC 1. Mají klienti dostatečné informace o možnostech sociální rehabilitace v Pardubicích?

DC 2. Mají psychiatrii v ambulancích dostatečné informace o možnostech sociální rehabilitace vhodné pro jejich pacienty?

DC 3. Jakým způsobem se klienti dostanou ke službě sociální rehabilitace?

DC 4. Jak efektivně spolupracují psychiatři a sociální pracovníci ve službě sociální rehabilitace?

7.2 Výzkumná strategie

Vzhledem ke stanovenému cíli mého výzkumného šetření jsem zvolila **kvalitativní výzkumnou strategii** metodu dotazování, techniku polostrukturovaného rozhovoru s 9 respondenty. Metodu dotazování jsem zvolila s ohledem na nutnost osobního poznání a pokládání dodatečných ujasňujících otázek.

Kvalitativní výzkum již získal v sociálních vědách rovnocenné postavení s výzkumem kvantitativním. Creswell uvádí ke kvalitativnímu výzkumu následovně: *„Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.“* (Hendl, 2005 str. 50)

Rozdíl mezi kvalitativním a kvantitativním výzkumem je následující. Kvantitativní výzkum používá strukturovaný sběr dat, pomocí dotazníků, testů nebo pozorování. Výhodou je většinou rychlý sběr dat a jejich analýza. Kvantitativní výzkum nám podává přesná, číselná data. Je organizován ve větších sociálních skupinách. Využívá se při něm většinou dedukce, kde postupujeme od obecnému k jedinečnému či znovu obecnému, aplikujeme teorii.

Kvalitativní výzkum je naproti tomu organizován v menších sociálních skupinách a zaměřujeme se na interpretaci a popis problémů jednotlivců či skupin. Data získáváme rozhovorem, pozorováním, případně studiem dokumentů. Výsledkem jsou podrobné informace, na které použijeme indukci z jedinečných odpovědí tvoříme obecné teorie. (Hendl, 2005)

7.3 Transformace dílčích cílů do tazatelských otázek

Tabulka 1: Transformační tabulka

Hlavní výzkumný cíl :			
Zmapovat nástroje a efektivitu předávání informací o dostupných službách v rámci sociální rehabilitace o osoby s duševním onemocněním.			
Dílčí výzkumné cíle	Výzkumná technika	Zdroj	Tazatelské otázky
Mají klienti dostatečné informace o možnostech sociální rehabilitace v Pardubicích?	Polostrukturovaný rozhovor	Klienti	TO1 : Kde získáváte informace o organizacích poskytující sociální rehabilitaci klientům s duševním onemocněním v Pardubicích? TO2 : Jakou formu pomoci jste v organizaci využil? TO3 : Spolupracujete s organizací i nyní? Jak často? TO4: Jaké informace o organizaci Vám chybí?
Mají psychiatři v ambulancích dostatečné informace o možnostech	Polostrukturovaný rozhovor	Psychiatři	TO1 : Kde získáváte

<p>sociální rehabilitace vhodné pro jejich pacienty?</p>			<p>informace o organizacích poskytující sociální rehabilitaci klientům s duševním onemocněním v Pardubicích? TO2 : Jaké organizace znáte a jakou formu pomoci poskytují? TO3 : Jaká je frekvence kontaktu s organizacemi? TO4: Jaké informace o organizaci Vám chybí?</p>
<p>Jakým způsobem se klienti dostanou ke službě sociální rehabilitace?</p>	<p>Polostrukturovaný rozhovor</p>	<p>Klienti Sociální pracovníci</p>	<p>TO1 : Jak proběhl první kontakt s organizací? Kde?(klienti) TO2 : Jak jste se s klienty zkontaktovali? Kde? (SP)</p>
<p>Jak efektivně spolupracují psychiatři a sociální pracovníci ve službě sociální rehabilitace?</p>	<p>Polostrukturovaný rozhovor</p>	<p>Psychiatrii Sociální pracovníci</p>	<p>TO1 : Co Vám přináší kontakt se sociálními pracovníky?</p>

			(PSY) TO2 : : Co Vám přináší kontakt s psychiatry? (SP) TO3: Co by Vám pomohlo pro lepší vzájemnou informovanost?
--	--	--	---

7.4 Charakteristika výzkumného souboru

Pro svůj výzkum jsem zvolila rozhovor s devíti respondenty. Tři lékaři z oboru psychiatrie, tři sociální pracovníci, pracující s klienty s duševním onemocněním a tři klienti, kteří využívají služeb sociální organizace v Pardubicích. Tento výzkumný vzorek jsem si zvolila, abych získala názory na efektivitu předávání informací, komunikaci a kooperaci mezi všemi třemi skupinami, jelikož si myslím, že vzájemná spolupráce je velmi důležitá pro klienty i pro sociální pracovníky, aby mohli svým klientům efektivněji pomoci.

7.5 Specifika informantů

Psychiatři

Informant IP1 – Lékařka 55 let, 21 praxe v psychiatrické ambulanci

Informant IP2 - Lékařka 59let, 34 let praxe v psychiatrické ambulanci

Informant IP3- Lékařka 42 let, 14 let praxe v psychiatrické ambulanci

Sociální pracovníci

Informant ISP1– Sociální pracovnice 32 let, 2 roky praxe s psychiatrickými klienty, pracovnice v PDZ

Informant ISP2 - Sociální pracovnice 26 let, 2 a půl roku praxe s psychiatrickými klienty, pracovnice v PDZ

Informant ISP3 - Sociální pracovnice 30 let, 5 let praxe s psychiatrickými klienty, pracovnice v CEDR

Klienti

Informant IK1 – Klientka 50 let, sociální služby využívá 25 let, žije v Pardubicích

Informant IK2 – Klient 60 let, sociální služby využívá 25 let, žije v Pardubicích

Informant IK3 – Klientka 64 let, sociální služby využívá 1 rok, žije ve vsi 20 km od Pardubic

7.6 Organizace a průběh výzkumu

Informanty jsem oslovila telefonicky nebo osobně a poprosila je o spolupráci při vypracování bakalářské práce. Sběr údajů proběhl v listopadu 2015. Rozhovory probíhaly individuálně na místě, které určil informant, většinou v informantově kanceláři, v případě klientů v mé kanceláři.

V úvodu setkání s informantem jsem je informovala o účelu získávání dat a jejich anonymitě. Odpovědi respondentů jsem si zapisovala, jelikož informaci si nepřáli být nahrávání a následně hned zpracovávala, pro zachování co největší autenticity. Jeden parafrázovaný rozhovor uvádím v příloze.

Jednotlivé rozhovory, trvaly 20 – 40 min. Paradoxně nejdelší rozhovor jsem měla se sociálními pracovníky, u kterých jsem měla připraveno nejméně otázek. Z důvodů velké vytíženosti psychiatrů, byly rozhovory s nimi nejkratší.

8 Analýza a interpretace zjištěných výsledků výzkumu

V této kapitole rozvedu jednotlivé dílčí cíle, v závěru každého uvádím krátké shrnutí výsledků.

8.1 Mají klienti dostatečné informace o možnostech sociální rehabilitace v Pardubicích?

Klienti se shodli v odpovědích, kde získali informace o organizacích a to většinou od svého ambulantního psychiatra. Dále uvádějí rodinu, klíčového sociálního pracovníka a přátele.

Klienti v organizacích využívají všechny formy pomoci, které organizace nabízejí. Orientují se v nabídce sociálních služeb a využívají je ke zpříjemnění svého života a naplnění volného času.

Klientka IK1 říká: „ *Chodím jen na kroužky angličtiny a břišních tanců. Jednou týdně se setkávám se sociální pracovníci, jezdím ráda také na výlety, o kterých mi řekne sociální pracovníce, v minulosti mi sociální pracovníce spolu s rodiči pomáhala sehnat a zařídit byt.* “

Klient IK2 uvádí: „ *Já byl 16 let v chráněných dílnách v CEDRu, věšel jsem tam oblečení na ramínka, pak jsem byl na polodemontáži. Ted' chodím každý den někam. Do klubu Pohoda tam si dvakrát týdně společně vaříme obědy, ještě chodím do Lvíčka ten je od Kosatce, jezdím na výlety a pořádáme i chození do kina a na plovárnu.* “

Klientka IK3 říká „ *Mě to doporučila paní doktorka, abych nebyla pořád sama. Se sociální pracovníci se scházíme jednou za měsíc pokaždé jinde, třeba v kavárně, nebo v čekárně u paní doktorky. Jiné služby nevyužívám, mám to daleko. Chtěla bych zařídit hlavně kartičku ZTP, abych měla zadarmo autobus, pak bych mohla jezdit častěji, už je to v jednání.* “

Myslím si, že klienti mají dostatek informací, získávají je převážně od svých ambulantních psychiatrů, dále od rodiny, sociálních pracovníků a přátel.

Problémem není nedostatek informací, ale špatná dostupnost sociálních služeb pro klienty žijících na vesnicích s velmi malou obslužností spojů veřejné dopravy. Mnozí klienti žijící ve městě mohou sociální služby využívat každý den, oproti klientům žijících na vesnici,

které před návštěvou sociálních služeb čeká dlouhá cesta veřejnou dopravou, která často jezdí velmi omezeně. Navíc je limitují finanční možnosti.

Paní IK3 je vdova, žije sama v malé vesnici, má sice kontakt se svými dětmi, ale ty mají své rodiny a nemohou se matce věnovat tak často, jak by potřebovala. Proto vítá schůzky se sociálním pracovníkem a ráda by navštěvovala i další aktivity. Z finančních důvodů (dojíždění autobusem z poměrně velké vzdálenosti) není schopna přijet do Pardubic několikrát týdně. Sociální pracovník jí nyní pomáhá se zařízením průkazky ZTP, čímž se náklady přece jen o něco sníží a bude se moci zúčastňovat i dalších aktivit.

8.2 Mají psychiatři v ambulancích dostatečné informace o možnostech sociální rehabilitace vhodné pro jejich pacienty?

Myslím si, že většina ambulantních psychiatrů je dostatečně informovaná o možnostech sociální rehabilitace, vhodné pro jejich klienty. Psychiatři informace získávají z různých zdrojů - z internetu, informačních e-mailů, letáků a také kontaktem se sociálními pracovníky a samotnými klienty. Díky tomu lékaři znají organizace působící v Pardubicích a vědí také s čím mohou pomoci konkrétnímu klientovi a na kterou organizaci se s konkrétním problémem v případě potřeby obrátit.

V jednom případě se lékařka mylně domnívala, že sociální pracovníci mohou podávat léky. Může to být i tím, že psychiatři jsou nedostatečně informovaní o možnostech využití jiných služeb než sociálních pracovníků, například domácí péče, ta je schopná poskytnout klientovi plnohodnotnou ošetrovatelskou péči. Doporučení pro tuto službu může zajistit praktický lékař.

Další služba, která může klientovi pomoci s úkony běžné péče o sebe je pečovatelská služba, kterou si klient hradí sám. Pečovatelská služba může zajistit například dovážku obědů klientovi přímo domů, nákupy potravin a ostatních věcí, obstarat hygienickou péči, úklid domácnosti atd. Může se stát, že klient nemá dostatek financí, aby mohl využívat pečovatelskou službu. V tomto případě je vhodné požádat o příspěvek na péči, dle vyhlášky č. 505/2006 Sb. Tím zanikne problém, pokud mají klienti nedostatek finančních prostředků a již jsou schopni potřebných služeb využít a tím velmi zlepšit svou životní situaci.

Frekvence kontaktu psychiatra a sociálního pracovníka je různá. Odvíjí se od konkrétního klienta a jeho současného zdravotního stavu.

IP1 uvádí: „*To je velice různé, ale řekla bych, že tak jednou měsíčně*“.

IP2 říká „*Kontakty jsou spíš podle potřeby, pokud já nebo sociální pracovník potřebujeme nějaké informace o klientovi nebo probrat problematické chvíle v jeho životě, domluvíme si schůzku. Kontakty bývají asi 1 – 2x za měsíc, ale je to velmi individuální.*“

IP3 se se sociálními pracovníky stýká velmi často „*Většinou minimálně jednou týdně, sociální pracovníce pomáhají i s dopravou pacienta do ordinace a díky tomu jsme v kontaktu velmi často.*„

Psychiatři mají přehled a dostatek informací o možnostech sociální rehabilitace pro své pacienty, toto plyne z předchozích informací od lékařů z oboru psychiatrie. Problém bývá, že někteří psychiatři kontaktují sociálního pracovníka až v akutní krizi a očekávají pomoc a vyřešení problému ihned, bohužel ne vždy to jde. Kdyby již dříve měl klient sociálního pracovníka, který by ho monitoroval, nemuselo by docházet k rozvinutí krizové situace. Dále bývá problém s praktickými zkušenostmi sociálního pracovníka, často opustí práci s psychiatrickými klienty dříve, než získá dostatečnou praxi.

8.3 Jakým způsobem se klienti dostanou ke službě sociální rehabilitace?

Klienti se dostávají ke službě nejčastěji pomocí svého ambulantního psychiatra, který je pošle přímo do organizace, která si s ním již domluví následný postup další potřebné péče. Dále se ke službě dostanou kontaktem sociálního pracovníka v Pardubické nemocnici na psychiatrickém oddělení nebo ve stacionáři, potom také v Psychiatrické nemocnici Havlíčkův Brod.

„*Nejčastěji klienti přichází na náš kontaktní den, dále pak na oddělení v nemocnici.*“ ISP1

„*Já mám asi nejvíce klientů z pardubické nemocnice, dál z kontaktního dnu, pár z Brodu*“ ISP2

„*Nejvíce klientů se dostaví osobně na doporučení psychiatra, či jeho přátel.*“ ISP3

„Když kontaktujeme někoho při první atace v nemocnici, často se stává, že s námi následně přestane spolupracovat, protože nemá náhled, že je nemocný. Pak se k nám dostává až po několika letech, často už s problémy, jako jsou dluhy, závislosti na automatech a návykových látkách.“ ISP1

Jak již uvádím v teoretické části je důležitá spolupráce s klientem již při první atace onemocnění, často se však stává, že je pacient bez náhledu na svou nemoc a pomoc i léčbu odmítá. Klienty v tomto případě dovede k léčbě až další ataka onemocnění, v nejhorším případě nařízená léčba. Bohužel se s tím nedá nic moc dělat. Dobrá je v tomto případě spolupráce s klientovou rodinou, které klient může více důvěřovat, dále úzká spolupráce s ambulantním psychiatrem.

8.4 Jak efektivně spolupracují psychiatři a sociální pracovníci ve službě sociální rehabilitace?

V tomto bodě byl největší rozpor odpovědí. Někteří lékaři z oboru psychiatrie spolupráci se sociálními pracovníky vítají, někteří komunikaci berou jako ztrátu času.

IP1 uvádí *„Kontakt se sociálními pracovníky mi nic nepřináší, přijde mi to jako ztráta času, nemám čas jim povídat o pacientech, důležitá mi připadá možnost zavolat, když je problém a oni ho vyřeší.“* *„Nechci s nimi komunikovat a informovat se.“*

IP2 uvádí: *„Na sociální pracovníky se mohu obrátit a většinou mně i klientovi pomohou vyřešit svízelnou situaci, nebo se alespoň pokusí. Já dávám sociálním pracovníkům informace o klientech a snažím se jim pomoci vyřešit klientovi problémy.“* *„Pomohli by nejspíše častější schůzky, ale pro oboustrannou vyčerpání většinou není čas a vše se řeší aktuálně. Někdy se stane, že se musím obrátit na jinou organizaci z důvodu nedostatečné kapacity.“*

IP3 má k sociálním pracovníkům nejbližší. *„Se sociálními pracovníky ráda komunikuji, přinášejí mi poznatky z běžného života mých pacientů.“* *„Mám dostatek informací, se sociálními pracovníky průběžně komunikuji.“*

Je evidentní, že u každého lékaře je zcela jiná spolupráce se sociálním pracovníkem, ale důležité je, že je využívají. Je velká škoda, že často se psychiatři obrátí na sociální služby, až když je klientův stav blížící se krizi nebo snad dokonce již v krizové situaci.

Sociální pracovnice se shodly, že je pro ně komunikace s psychiatry velmi důležitá, psychiatři znají své pacienty většinou déle a mají s nimi dobrý vztah a díky tomu k nim má klient důvěru a často jim díky tomu sdělí i důvěrné informace, které mohou být k pomoci klientovi stěžejní.

Jak uvádí ISP1 *„Spolupráce s psychiatry je velmi přínosná, pomáhá mi se lépe orientovat v klientově nemoci, jejích specifikách pro určitého klienta. Dále mi psychiatři mohou dát náměty a rady, jakým směrem se s klientem dát, jak s ním komunikovat a jak mu pomoci ho nasměrovat k jeho cílům.“*

ISP2 uvádí *„Moc se neseťkávám s tím, že by mi kontakt něco přinášel. Není to spolupráce podle mých představ. Myslím, že lepší spolupráce by mohla pomoci při zhoršení zdravotního stavu klientů. Připadá mi, že psychiatři buď čekají moc dlouho s hospitalizací, nebo nás upozorní, že se něco děje, až když je zle a pro nás je obtížné situaci efektivně vyřešit.“*

ISP3 s psychiatry více méně nekomunikuje *„Většinou jsem s nimi v kontaktu jen v krizových situacích, žádné schůzky a ani rozhovory v mezidobí neděláme.“* *„Pokud něco potřebuji, zavolám nebo napíši email, většinou je spolupráce dobrá, někdy je třeba se trochu připomínat, ale nakonec se vždy nějak dohodneme.“*

ISP1 by si přála, aby se psychiatři více zapojili do sociální péče a chtěla by více odborných informací. *„Uvítala bych více schůzek s psychiatry, mohli by se účastnit porad, alespoň někdy. Třeba nějaké odborné přednášky od psychiatrů, dovědět se více o lécích, klienti se mě často ptají, na co lék je, k čemu je dobrý. Dále bych se ráda dozvěděla novinky z oboru.“*

ISP2 by chtěla více informací o klientech. *„Pomohlo by mi to k lepšímu nahlížení na situace, se kterými se setkávám u klientů, neodvodím vše, pak nevím a jsem nejistá při poskytování péče.“*

Jak se ukázalo a také jsem to předpokládala, je to spolupráce velmi individuální, každý člověk je jedinečný, proto má i různý názor. Jsou psychiatři, kteří se sociálními pracovníky

úzce spolupracují, na druhou stranu jsou i tací, kteří spolupráci považují za ztrátu času. Psychiatři i sociální pracovníci nejvíce spolupracují v období krize klienta. Je sice dobré, že klientovi je nabídnuta pomoc, ale většinou by se dala situace zachránit lépe. Někdy to není jen chyba psychiatrů, i klienti často požádají o pomoc, až když už je pozdě. Myslím, že kdyby měl každý klient svého pracovníka, ke kterému by měl důvěru, mohlo by se těmto situacím předejít. Sociální pracovník se snaží, již ze své podstaty vyhledávat krizové situace, náhlé změny v klientově životě a snaží se s nimi pracovat, již před vypuknutím krize, preventivními opatřeními.

9 Shrnutí výzkumné části

Jak jsem uvedla v teoretické části je pro klienty důležitá spolupráce se sociálním pracovníkem pro zkvalitnění života a pomoc, pokud je to potřeba, ale samozřejmě co nejdříve. Pro klienty je dostupných několik zařízení poskytující sociální rehabilitaci a sociální služby, které může navštěvovat.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že klienti mají dostatek informací o organizacích poskytující sociální rehabilitaci, klienti tyto služby využívají a orientují se v nich, jelikož dva z mých třech informantů využívají již dlouhou dobu, jsou seznámeni s více možnostmi, které jsou jim nabízeny. Účastní se převážně zájmových aktivit a chodí do klubu. Mají přátele v jiných klientech a mají dobré sociální kontakty a jsou spokojeni.

Klientka, která využívá sociální služby jen jeden rok, se ve službách tolik neorientuje, v současné době je v kontaktu jen se sociální pracovníci, má málo kontaktů a cítí se osaměle. Navíc bydlí na vsi se špatnou dostupností veřejné dopravy a nemá možnost se účastnit zájmových aktivit, které by jí zpříjemnily život.

Lékaři z oboru psychiatrie mají také dostatek informací o organizacích, orientují se, vědí kam klienta odkázat. Problémem je, že někteří nechtějí spolupracovat se sociálními pracovníky, sociální pracovníky kontaktují jen když krize už nastala a klient akutně potřebuje pomoc.

Klientům doporučí kontakt většinou jejich ambulantní psychiatr, některé klienty kontaktují sociální pracovníci už při hospitalizaci. Někteří klienti při první atace onemocnění, nemají bohužel náhled a stává se, že odmítají léčbu i pomoc sociálních pracovníků. V tomto případě je dobré snažit se s klientem zůstat pokud možno v kontaktu, např. přes rodinu klienta. Problém mají klienti, kteří bydlí dál od měst. Hlavně pro finanční náročnost dojíždění mají obtíže se dostat k aktivitám, o které by stáli.

Vzájemná spolupráce sociálních pracovníků a psychiatrů je dobrá v případě akutní krize. Sociální pracovníci by ocenili více vzájemné komunikace. Rádi by měli více odborných informací o svých klientech. Odbornost při práci s klienty s psychiatrickým onemocněním se získává praxí. Proto si myslím, že pracovnice, které mají pouze dva roky praxe s psychiatrickými klienty nemohou zvládat komunikaci s klienty tak dobře, jako pracovníci s dlouholetou praxí v oboru. Problémem také bývá, že sociální pracovníci u práce s psychiatricky nemocnými nevydrží, postupně dochází k syndromu vyhoření a pracovnice

tuto práci opouští, za ně nastupují nové, většinou znovu bez praxe a zde nám vzniká bludný kruh.

Dále z poznatků výzkumu vyplynulo, že chybí nástroj pro jednoduché předávání informací mezi psychiatry a sociálními pracovníky. Nesmí být časově náročný a musí být jednoduchý, aby ho zvládl ovládat každý s minimálním zaškolením.

Takovýto nástroj používá od dubna 2015 organizace Péče o duševní zdraví. Pomůcka je v originále nazvána FACT board. Písmena tvořící slovo FACT tvoří Flexible Assertive Community Treatment v češtině flexibilní asertivní komunitní léčba. Původně je tato pomůcka rozvinutá v Nizozemí.

Cílem je zajistit dlouhodobou péči klientům v domácím prostředí, zabezpečit kontinuální péči a zabránit hospitalizacím, které mohou způsobovat problémy se začleněním do společnosti. (Veldhuizen, a další, 2013)

FACT týmy navazují velmi úzké kontakty s rodinou klienta a využívají pomoci dalších dostupných služeb. Týmy mají být multidisciplinární tedy včetně psychiatrů, sester, psychologů a dalších potřebných specialistů. (Veldhuizen, a další, 2013)

Bohužel se organizaci nedaří zcela zapojit celý multidisciplinární tým, někteří psychiatři nepovažují za důležité se do spolupráce zapojovat.

U klientů ve zhoršeném zdravotním stavu nebo v ohrožující sociální situaci se může velice rychle měnit stav. Pokud chce tým klientovi pomoci, musí fungovat flexibilně a rychle. Pro účinnou pomoc většinou nestačí zapojení jednoho pracovníka. Je příhodné rozdělit úkoly mezi členy týmu, což je náročné na koordinaci a komunikaci.

V Nizozemí tato pomůcka funguje následujícím způsobem. V podstatě jde o tabulku v databázovém programu. V tabulce jsou uváděny tyto údaje: jméno klienta, datum umístění na Tabuli, důvod umístění na Tabuli, aktuální přání klienta, plán intervencí, poslední poskytnutá služba, klíčový pracovník, poznámky a okénko s diářem, do kterého lze přehledně vyplnit plánované kroky a jejich čas. Nástroj usnadňuje informování celého týmu a pomáhá rozdělování úkolů při péči o klienta v krizi, který je umístěn na Tabuli.

Na Tabuli je uveden i každý nový klient po dobu tří týdnů, v tomto období se klient setká se třemi až čtyřmi členy týmu. Poté se zmapuje a zhodnotí situace klienta, zda má být dále umístěn na Tabuli či ne.

Krize u klientů, pro které mohou být umístěni na Tabuli, mohou být různé. Zhoršení duševní nemoci, příznaky bývají velmi individuální, zde hraje významnou roli vztah klienta a sociálního pracovníka, je důležité, aby klient sociálnímu pracovníkovi důvěřoval a svěřil se mu se svými problémy. Další krizí může být vznik dluhů, neobvyklá situace. (Veldhuizen, a další, 2013)

Pokud si představíme ideální stav, kdy by v tomto programu byli všichni klienti a byli by do něj zapojeni všichni psychiatři a sociální pracovníci, byli by klienti dostatečně zajištěni před krizemi, na druhou stranu nevím, zda by toto prostředí nebylo pro klienty až příliš bezpečné.

Závěr

Cílem teoretické části bakalářské práce bylo poskytnout přehled o duševních onemocněních, upozornit na oblasti, kde se mohou vyskytnout sociální problémy, toto jsem rozdělila do několika sfér a to bydlení, sociální vztahy, práce a trávení volného času a péče o sebe a své zdraví. V těchto všech sférách potřebuje většinou nemocný pomoc. Detailněji se zmínit o sociální rehabilitaci a její prospěšnosti pro klienty s psychózou, připomenout jsem legislativu týkající se sociální rehabilitace. Uvést jak probíhá sociální rehabilitace v lůžkových zařízeních, jak se věnují klientům v pobytových sociálních zařízeních, jaké možnosti nabízí sociální rehabilitace mimo pobytová zařízení. Uvést možnosti zaměstnání klientů s psychiatrickým onemocněním. Dále zmínit úskalí, se kterými se můžeme setkat u takto nemocnými klienty. Poskytnout přehled poskytovatelů sociálních služeb v Pardubicích.

Na část teoretickou navazuje část výzkumná, kde jsem kvůli důležitosti komunikace sociálních pracovníků a psychiatrů zjišťovala, zda jsou přítomny nástroje a informace o dostupných službách v rámci sociální rehabilitace o osoby s duševním onemocněním a jsou efektivně předávány. Zjistila jsem, že klienti i lékaři z oboru psychiatrie jsou v zásadě správně informováni a se sociálními pracovníky spolupracují, bohužel v některých případech jen když je již u klienta přítomna krize. Jelikož klienti často po první atace nemají náhled na onemocnění, tudíž často nedodrží léčbu, to poté vede k následným hospitalizacím. Proto je potřeba, aby klienta obklopila síť odborného týmu, která mu společně pomáhá ve všech sférách, kde se mohou vyskytnout sociální problémy.

Dobrou pomůcku pro vzájemné předávání informací používá Péče o duševní zdraví. Pomůcka FACT board – Tabule je vyvinuta v Nizozemí je dostupný a efektivní nástroj pro rychlou komunikaci celého týmu, který klient využívá.

Pro efektivní pomoc klientovi je třeba spolupráce všech členů týmu, který s klientem pracuje, je třeba rozdělit úkoly, aby pomoc vždy byla co nejrychlejší a nejadekvátnější. Proto bychom měli využívat odborné znalosti, psychiatrů i sociálních pracovníků a z nich čerpat tu nejlepší spolupráci pro dobro klienta.

Použitá literatura

APOLENKA – HIPOREHABILITACE . 2016. Sociální rehabilitace Apolenka. *APOLENKA – HIPOREHABILITACE* . [Online] eBRÁNA s.r.o., 2016. [Citace: 28. 2 2016.] <http://www.apolenka.org/socialni-rehabilitace>.

Bankovská Motalová, Lucie a Španiel, Filip. 2011. *Schizofrenie Jak předejít relapsu aneb teorie pro 21. stletí*. Praha : Mladá fronta, 2011. ISBN 978-80-204-2494-5.

CEDR Pardubice o.p.s. 2016. CEDR. [Online] 2016. [Citace: 8. 2 2016.] <http://www.cedrops.cz/>.

Česká abilympijská asociace o.s. 2012. Naše služby Kosatec. *Integrační centrum Kosatec*. [Online] 2012. [Citace: 28. 2 2016.] <http://www.caakosatec.cz/nase-sluzby/>.

ČESKO. 2014. Ve Sbírce zákonů byl vyhlášen zákon č. 267/2014 Sb., kterým se mění zákon o daních z příjmů s účinností od 1. ledna 2015. *Ministerstvo financí české Republiky*. [Online] 1. 12 2014. [Citace: 2016. 1 24.] <http://www.mfcr.cz/cs/legislativa/legislativni-dokumenty/2014/ve-sbirce-zakonu-byl-vyhlasen-zakon-c-26-19838>.

ČESKO. 2006. Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. *zakonyprolidi.cz*. [Online] Sbírka zákonů ČR, 2006. [Citace: 1. 12 2014.] <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>. ISSN 1211-1244.

ČESKO. 2006. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. *zakonyprolidi.cz*. [Online] Sbírka zákonů ČR, 2006. [Citace: 1. 12 2015.] <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>. ISSN 1211-1244.

Hejzlar, Petr. 2009. Sociální rehabilitace duševně nemocných v současných podmínkách. *Psychiatrie pro praxi*. 5, 2009, stránky 226-230.

Hendl, Jan. 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 2. vyd. Praha : Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

Horáček, Jiří a kolektiv autorů. 2003. *Psychotické stavy v klinické praxi*. Praha : Academia Medica Pragensis - Amara s.r.o., 2003. ISBN 80-86694-01-1.

Janík, Alojz. 1987. *Veřejnost a duševně nemocný*. Praha : Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1987. 08-073-87.

Jůn, Hynek. 2010. *Moc, pomoc a bezmoc v sociálních službách.* 1. vyd. Praha : Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-590-5.

Kučerová, Helena. 2010. *Schizofrenie v kazuistikách.* Praha : Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 978-80-247-2045-6.

Mahrová, Gabriela a Venglářová, Martina a kolektiv. 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním.* Praha : Grada Publishing a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.

Malá, Eva a Pavlovský, Pavel. 2010. *Psychiatrie.* 2. vyd. Praha : Portál,s.r.o., 2010. ISBN 978-80-7367-723-7.

Matoušek, Oldřich a kol. 2005. *Sociální práce v praxi : specifika různých cílových skupin a práce s nimi.* 1.vyd. Praha : Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.

Matoušek, Oldřich a kol. 2007. *Sociální služby : legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení.* 1. vyd. Praha : Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.

Péče o duševní zdraví. 2016. Péče o duševní zdraví. [Online] 2016. [Citace: 8. 2 2016.] <http://www.pdz.cz/>.

Praško, Ján. 2003. *Psychiatrie: pro střední zdravotnické školy.* Praha : Informatorium, 2003. ISBN: 8073330024.

Smolík, Petr. 1996. *Duševní a behaviorální poruchy.* Praha : MAXDORF s.r.o., 1996. ISBN 80-85800-33-0.

Úlehla, Ivan. 1999. *Umění pomáhat.* 2. vydání. Praha : SLON, 1999. ISBN 80-85850-69-9.

Veldhuizen, Remmers van a Bähler, Michiel. 2013. *Manual Flexible Assertive Community Treatment.* Groningen, The Netherlands : Manual Flexible ACT, 2013.

Venglářová, Martina. 2007. *Problematiké situace v péči o seniory.* Praha : Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.

Seznam tabulek

Tabulka 1: Transformační tabulka

Seznam příloh

Příloha A: Přepis rozhovoru IP1

Přepis rozhovoru IP1

Ordinace lékařky.

Kde získáváte informace o organizacích poskytující sociální rehabilitaci klientům s duševním onemocněním?

Mailem mi chodí nějaké nabídky, někdy od sociálních pracovníků. Něco vím.

Jakou formu pomoci organizace poskytují?

Poskytují sociálně – právní pomoc, rehabilitaci, to sociální začleňování.

A jak mohou vašim pacientům pomoci?

Docházet za nimi, řešit dluhy, podávat léky a zařídí potřebné věci co potřebují.

Jaká je frekvence kontaktu s organizací?

Tak jednou měsíčně.

Jaké informace o organizaci Vám chybí?

Žádné informace mi nechybí.

Co Vám přináší kontakt se sociálními pracovníky?

Kontakt se sociálními pracovníky mi nic nepřináší, přijde mi to jako ztráta času, nemám čas jim povídat o pacientech, důležitá mi připadá možnost zavolat, když je problém a oni ho vyřeší.

Co by Vám pomohlo pro lepší vzájemnou informovanost?

Nechci s nimi komunikovat a informovat se.