

Pražská vysoká škola psychosociálních studií
Hekrova 805, 140 00 Praha 4 - Háje



**Psychosociální rehabilitace a zotavení lidí s duševním onemocněním v
chráněném bydlení**

Diplomová práce

Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Praha, 2024

Vedoucí diplomové práce:

Doc. PhDr. David Urban, Ph.D.

Vypracovala:

Bc. Jana Ester Kristová

Prague College of Psychosocial Studies
Hekrova 805, 140 00 Praha 4 - Háje



**Psychosocial rehabilitation and recovery of people with mental illness
in sheltered housing**

Diploma Thesis

Social work focused on communication and applied psychotherapy

Praha, 2024

The Diploma Thesis Work Supervisor:

Doc. PhDr. David Urban, Ph.D.

Author:

Bc. Jana Ester Kristová

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně za použití citovaných zdrojů a zdrojů uvedených v příloženém seznamu použité literatury.

V Karlových Varech, dne: 17. 4. 2024

Poděkování

Za odborné vedení při psaní této práce, vstřícnost, ochotu, cenné rady a věnovaný čas při konzultacích děkuji Doc. PhDr. Davidu Urbanovi, Ph.D.

Dále děkuji své rodině za podporu, svým kolegům za vstřícnost, otevřenost a jejich čas, jakož i respondentům a participantům výzkumu.

Abstrakt

Tato diplomová práce se zaměřuje na psychosociální rehabilitaci a zotavení lidí s duševním onemocněním v chráněném bydlení za použití nové metody sociální práce CARE, Podpůrného vztahového přístupu. Na začátku teoretické části práce je nastíněn přístup k lidem s duševním onemocněním v historii, na který navazují samostatné kapitoly věnující se duševním onemocněním, jejich druhům a specifickým aspektům, a psychosociální rehabilitaci, jejím formám a službám, které ji poskytují. Jelikož cílem psychosociální rehabilitace je zotavení, zaměřuje se další kapitola na zotavení a na novou metodu sociální práce, CARE, Podpůrný vztahový přístup. V závěru teoretické části je představena jedna ze sociálních služeb pro lidi s duševním onemocněním, chráněné bydlení. Cílem praktické části práce bylo pomocí kvalitativního výzkumu a obsahové analýzy polostrukturovaných rozhovorů zjistit silné stránky a úskalí, která vnímají v sociální práci metodou CARE pracovníci i klienti chráněného bydlení, zjistit jaké vidí klienti a pracovníci silné a slabé stránky služby a jaké jsou návrhy na zlepšení jak spolupráce pracovníků a klientů tak služby chráněného bydlení.

Z výzkumu vyplynulo, že metoda sociální práce CARE je vhodná a přiléhavá pro práci s cílovou skupinou lidí s duševním onemocněním. Poskytuje množství prvků a komponent, díky kterým je pro práci s danou cílovou skupinou vhodná a přínosná. Prokázaná úskalí při práci touto metodou souvisí převážně s aspekty duševních onemocnění. Služba chráněného bydlení dle výsledků výzkumu poskytuje klientům podporu ve všech oblastech života nejen v oblasti bydlení. Velice přínosné je její zapojení do systému služeb a její multidisciplinární charakter. Zjištěné silné stránky výrazně převýšily menší množství zjištěných slabých míst, která mají spíše konkrétní povahu vztahující se k chráněnému bydlení, ve kterém probíhal výzkum. Z výzkumu vyplynulo také několik návrhů ke zlepšení spolupráce a služby, které mohou být vhodné k další diskuzi či implementaci do praxe.

Klíčová slova: duševní onemocnění, SMI, psychosociální rehabilitace, zotavení, sociální práce, CARE, chráněné bydlení

Abstract

This diploma thesis focuses on the psychosocial rehabilitation and recovery of people with mental illness in sheltered housing using the new CARE social work method, the Comprehensive Approach to Rehabilitation. At the beginning of the theoretical part of the work, an approach to people with mental illness in history is briefly outlined, which is followed by separate chapters devoted to mental illness, their types and specific aspects, and psychosocial rehabilitation, its forms and the services that provide it. Since the goal of psychosocial rehabilitation is recovery, the next chapter focuses on recovery and on a new method of social work, CARE, the Comprehensive Approach to Rehabilitation. At the end of the theoretical part, one of the social services for people with mental illness, sheltered housing, is presented. The aim of the practical part of the work was, using qualitative research and content analysis of semi-structured interviews, to find out the strengths and pitfalls perceived by workers and clients of sheltered housing in social work using the CARE method, to find out how clients and workers see the strengths and weaknesses of the service, and what are the suggestions for improving how cooperation between workers and clients as well as sheltered housing services.

The research showed that the CARE social work method is suitable and appropriate for working with the target group of people with mental illness. It provides a number of elements and components that make it suitable and beneficial for working with a given target group. Proven difficulties in working with this method are mainly related to aspects of mental illness. According to research results, the sheltered housing service provides clients with support in all areas of life, not just housing. Its involvement in the service system and its multidisciplinary nature are very beneficial. The identified strengths significantly outweighed the smaller number of identified weaknesses, which are rather of a specific nature related to the sheltered housing in which the research took place. The research also resulted in several suggestions for improving cooperation and service, which may be suitable for further discussion or implementation in practice.

Keywords: mental illness, SMI, psychosocial rehabilitation, recovery, social work, CARE, sheltered housing

Obsah

Úvod.....	10
Teoretická část.....	11
1 SPOLEČNOST A LIDÉ S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM V HISTORII.....	11
1.1 Od starověku po novověk.....	12
1.2 Velké mezníky ve vývoji péče o duševně nemocné a psychiatrie 19. a 20. století – čtyři revoluce.....	13
2 DLOUHODOBÉ DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ (Severe Mental Illnes).....	16
2.1 Vymezení, definice a klasifikace duševní poruchy či onemocnění.....	16
2.2 Příčiny vzniku duševních onemocnění – etiologie.....	19
2.3 Projevy duševních onemocnění ovlivňující negativně kvalitu života.....	20
3 PSYCHOSOCIÁLNÍ REHABILITACE.....	22
3.1 Deinstitutionalizace a destigmatizace.....	23
3.2 Sociální psychiatrie.....	24
3.3 Psychosociální (psychiatrická) rehabilitace.....	25
3.4 Case management.....	28
3.5 Komunitní psychiatrie a péče v psychosociální rehabilitaci.....	30
3.5.1 Centra duševního zdraví - CDZ.....	33
3.5.2 Metody sociální práce v CDZ – ACT a FACT.....	34
3.5.2.1 Komunitní centra duševního zdraví – KCDZ - Příklad z holandské a italské praxe.....	35
3.5.3 Shrnutí vývoje situace v České republice v posledních desetiletích.....	36
4 ZOTAVENÍ NEBOLI RECOVERY.....	38
4.1 Definice zotavení.....	38
4.2 Fáze zotavení.....	39
4.3 Principy přístupu zaměřeného na zotavení.....	40
4.4 Metody a postupy CARE - Podpůrného vztahového přístupu.....	41
4.5 Hlavní oblasti zotavení.....	43
4.6 Písemné nástroje modelu CARE.....	45
4.7 Hodnocení a evaluace psychosociální rehabilitace a zotavení.....	47
5 CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ PRO LIDI S DLOUHODOBÝM DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM.....	48
5.1 Chráněné bydlení v systému služeb.....	49
5.2 Chráněné bydlení, ve kterém bude probíhat výzkum.....	50
Praktická část.....	51
6 METODOLOGIE VÝZKUMU.....	52
6.1 Cíl výzkumu a výzkumná otázka.....	53
6.2 Charakteristika vybraného souboru.....	54
6.3 Metoda sběru dat a realizace výzkumu.....	56
6.4 Metoda zpracování a vyhodnocení dat.....	58
7 VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	61
7.1 Výzkumná otázka 1.....	61
7.2 Výzkumná otázka 2.....	70
7.3 Výzkumná otázka 3.....	85
7.4 Souhrnné zodpovězení výzkumných otázek.....	92
8 DISKUZE.....	98
9 ZÁVĚR.....	107

10 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	110
11 PŘÍLOHY.....	115
12 BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE.....	121

Seznam zkratek

ACT	Asertivní komunitní léčba, Assertive Community Treatment
aj.	a jiné
ADHD	Porucha pozornosti s hyperaktivitou, Attention deficit hyperactivity disorder
APA	Americká psychologická asociace, American Psychological Association
atd.	a tak dále
apod.	a podobně
CAN	Camberwellské šetření potřeb, Camberwell Assessment of Need
CANSAS	Zkrácená verze CAN
CARe	Comprehensive Approach to Rehabilitation
CDZ	Centrum duševního zdraví
CM	Case management
CMHCD	Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, Centre for Mental Health Care Development
CSR	Centrum sociální rehabilitace
FACT	Flexibilní asertivní komunitní léčba, Flexible / Function Assertive Community Treatment
HoNOS	Hodnocení zdravotního stavu, Health of the Nation Outcome Scales
KCDZ	Komunitní centrum duševního zdraví
mj.	mimo jiné
MKN-10	Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
např.	například
SMI	Severe Mental Illness
tzv.	takzvaně
USA	Spojené státy americké, United States of America
WHO	Světová zdravotnická organizace, World Health Organisation

Úvod

Problematika psychických potíží a duševních nemocí je dnes velmi aktuální téma.

Určitou formou duševní nepohody trpí velké procento lidí často již od dětského věku, někdy je nevyhnutelná hospitalizace. Příčiny mohou být různé, jak genetické, tak velkou roli hraje prostředí, ve kterém člověk vyrůstal a žije, nezanedbatelný vliv mají i vysoké nároky na výkon a odolnost, které na nás dnešní doba klade.

V teoretické části své diplomové práce jsem se z důvodu objasnění teoretických východisek pro následující výzkumnou část, zaměřila na duševní onemocnění a psychosociální rehabilitaci. Pro představu, jak velkým vývojem přístup k lidem s duševním onemocněním za posledních několik staletí prošel, než dosáhl dnešní úrovně a podoby, věnuje se první kapitola stručnému náhledu do historie vývoje pojetí duševních nemocí a psychiatrie. Duševním onemocněním, jeho znaky, druhy a vlivem na život se zabývá druhá kapitola, na kterou navazují kapitoly zaměřené na psychosociální rehabilitaci, zotavení a nový účinný směr v rehabilitaci duševně nemocných CARE, který je v současné době v rámci projektů zaváděn do sociální práce mnoha organizací v České republice. Dále definuji službu chráněného bydlení a činnosti sociálních pracovníků v něm, kteří se nesoustředí pouze na posílení dovedností vedoucích k samostatnému bydlení, ale zastávají pro klienty mnohé role zaměřující se na komplexní přístup vedoucí k zotavení.

V praktické části této práce budu zkoumat prožívání a vnímání sociální práce metodou CARE v praxi v rámci služby chráněného bydlení pro lidi s dlouhodobým vážným duševním onemocněním. Cílem práce je pomocí kvalitativního výzkumu zjistit silné stránky a úskalí sociální práce metodou CARE, v další fázi zjistit silné a slabé stránky služby chráněného bydlení a návrhy na zlepšení spolupráce i služby z pohledu pracovníků i klientů. Případná vysoká shoda názorů obou skupin respondentů, pracovníků a klientů, bude naznačovat i dobré vzájemné vztahové napojení, tím splnění významné komponenty metody CARE a její úspěšnou implementaci do sociální práce v daném chráněném bydlení. Výsledky výzkumu by mohly být přínosné pro pracovníky chráněného bydlení, případně vhodné pro implementaci do praxe a úpravu některých pracovních postupů.

Teoretická část

1 SPOLEČNOST A LIDÉ S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM V HISTORII

Dříve než se tato písemná práce bude věnovat duševnímu onemocnění a zaměří se na psychosociální rehabilitaci, ráda bych stručně přiblížila přístup společnosti k lidem s duševním onemocněním v historii. Až ve srovnání s historickými fakty je znatelný obrovský vývoj v přístupu k lidem s duševním onemocněním v posledních desetiletích a jeho obrat od represe a odsuzování až k dnešnímu respektu a podpoře.

Duševní onemocnění se v lidské společnosti objevovala od nepaměti. Písemné zmínky o nich můžeme nalézt už v písemných pramenech ve starověkém Egyptě, Mezopotámii, Indii či Izraeli a dokonce Bibli. Duševní onemocnění byla ve většině dob obestřena pocitů tajemna a provázena strachem a odmítáním okolí. Jak se shoduje a vzájemně doplňuje řada autorů jako Dušek a Večeřová-Procházková (2015) a Orel a kol. (2016), lidé se snažili změny v chování či smýšlení svých blízkých a spoluobčanů vykládat různě, od posedlosti zlými duchy, přes čarodějnictví až po přebytky krve v těle či poruchami v mozku, které vyžadovaly operativní zákrok s přerušením určitých mozkových drah. Lze říci, že vývoj přístupu k duševním onemocněním a vlastně i psychiatrie jako takové do dnešní podoby, trval až tisíce let, i když její počátky jako samostatného vědního oboru se datují do konce 18. a začátku 19. století.

1.1 Od starověku po novověk

Starověk

Jak již bylo výše zmíněno, písemné zmínky o psychických poruchách se dají nalézt již na dávných papyrech ve starověkém Egyptě, kde byly projevy duševních onemocnění připisovány temným silám a démonům. Kněží se nad domněle posedlými modlili a odříkávali nad nimi náboženské teze. Dalšími výklady psychických obtíží byla otrava jedy nebo působení vášní. Ve Starém Egyptě i Indii, kulturách od sebe značně vzdálených, bylo k léčbě používáno i tance, hudby, pohybu a procházek. Také jako první zde s pacienty rozmlouvali a daly by se vypořádat počátky terapie slovem. Dalšími léčebnými prostředky byly masti, bylinné odvary a rehabilitační cvičení. Tyto způsoby léčby přetrvávaly až do zkoumání příznaků vědou a příchodu medicíny (Hosák a kol., 2015; Pawlowski a kol., 2006).

Antika

Prvními lékaři ve starověké světě, kteří uvažovali o příčinách duševních poruch, byli Hippokrates (zhruba 460–370 let před naším letopočtem) v antickém Řecku a Galén (zhruba 129-216 n. l.) v italském Římě. Oba tito lékaři hleděli na duševní poruchy somaticky, viděli jejich příčiny v nerovnováze uvnitř těla. První z uvedených, Hippokrates, označoval za hlavní příčinu nerovnováhu tělních tekutin a Galén se přikláněl k poškození mozku nebo jiné části těla. Podle Hosáka a kol. (2015) zformuloval Galén v návaznosti na Hippokrata dodnes známou typologii temperamentu s rozdělením typů osobnosti na sangvinik, melancholik, flegmatik, choleric. Do dnešní doby zároveň přežily pojmy jako melancholie, hysterie, manie nebo paranoia, ačkoli se jejich obsah a význam z části lety proměňoval.

Středověk

Středověk a začátek novověku znamenal pro pacienty s duševním onemocněním temné období ve vývoji přístupu a léčby psychických potíží. Zhruba od 13. století v Evropě začínala být v nemocnicích zřizována oddělení pro duševně nemocné, ale jednalo se v podstatě pouze o ústavy bez léčby, jak se můžeme dozvědět i od Pawlowského a kol. (2006). V zemích vládla svou mocí církve.

Jak potvrzuje mezi jinými i Hosák a kol. (2015) nebo Petr a kol. (2014) opět nastal odklon od medicínského pohledu a převládl výklad psychických nemocí jako posedlosti ďáblem či démony. V dalších případech byly psychické nemoci pokládány za těžký hřích a nemocný nazván kacířem. Vyhledáváním posedlých byla pověřena církevní inkvizice a tak mnoho duševně nemocných bylo souzeno a upáleno, nebo absolvovalo vymítání – exorcismus. Poblíž klášterů vznikaly charitativní útulky pro nemocné, převládala v nich však péče paliativní. Moc církevní inkvizice měla v Evropě hlavní slovo zhruba do 16. století.

1.2 Velké mezníky ve vývoji péče o duševně nemocné a psychiatrie 19. a 20. století – čtyři revoluce

Vývoj v psychiatrii se začal ubírat směrem ke své dnešní podobě na přelomu 18 a 19. století a ve 20. století. Do tohoto období je datován také vznik psychiatrie jako samostatného vědního oboru. Pojí se se jménem Emila Kraepelina, který položil základy prvním psychiatrickým diagnózám ve svém Pojednání o psychiatrii v roce 1899. Péče v oblasti duševního onemocnění však k dnešní podobě ještě dlouho dospívala. Od přelomu 18. a 19. století, kdy byly postupně rušeny zákony o čarodějnictví a zakládány první velké ústavy a léčebny pro duševně choré a choromyslné, až k dnešní proměně péče v rámci deinstitutionalizace a destigmatizace, kdy jsou tyto již přežitá velká ústavy rušeny, urazil vývoj přístupu k lidem s duševním onemocněním ještě velmi dlouhou cestu. V pojetí dějin psychiatrie jako takové se setkáme s rozdělením jejího vývoje na 4 etapy. Jiné písemné prameny sjednocují první a druhou etapu a vidí ve vývoji 3 hlavní etapy. Jednotlivá období ohraničovaly tři hlavní mezníky a tvořily tak takzvané 3 revoluce v dějinách psychiatrie (Jendrušková & Cakirpaloglu, 2022; Orel a kol., 2016; Petr & Marková a kol., 2014).

První a druhá revoluce ve vývoji psychiatrie – označení nemoci a zbavení okovů

Písemné prameny datují **první velký zvrát** ve vývoji psychiatrie a psychiatrické péče již do 16. století, okolo roku 1560. Jeho iniciátorem byl nizozemský lékař Johann Weyer, který odmítal čarodějnictví, viděl příčiny psychických nemocí v biologické a funkční rovině mozku, a říkal, že jako jiné nemoci je i psychické nemoci potřeba léčit. Postupně se začaly zakládat ústavy pro duševně nemocné a vycházela různá pojednání o psychiatrii (Orel a kol., 2016; Pawlowski a kol., 2006; Petr a kol., 2014).

Zhruba o 200 let později, v období Velké francouzské revoluce (1789-1799) se zasloužil o druhou reformu péče o duševně nemocné, která je nazývána **druhou revolucí v psychiatrii**, Philip Pinel. Podnítil změnu dosavadní podoby léčby z držení psychicky nemocných v okovech a klecích společně s vězni, a začal zakládat první instituce podobné dnešním ústavům. Začaly se v nich objevovat snahy o jiné terapie než dosud běžnými primitivními metodami, a to terapie rozhovory, terapie s arteterapeutickými prvky, terapie prací a byl zaváděn terapeutický režim. Přesto se stále jako léčebné prostředky používaly i metody hraničící s mučením. Používala se léčba šokem, koupele či vhození do ledové nebo horké vody, pouštění nemocným žilou či kastrace, pálení železem, hladovění a elektrické šoky (Orel a kol., 2016; Pawlowski a kol., 2006; Petr a kol., 2014; Slezáková a kol., 2013).

Třetí revoluce ve vývoji psychiatrie - psychoterapie

Třetím významným mezníkem byla práce, myšlenky a přínos Sigmunda Freuda (1856-1939), na čemž se shoduje i Ocisková a Praško (2015) a Orel a kol. (2016). Sigmund Freud se snažil detailně objasnit příčiny duševních nemocí pomocí psychoanalýzy, odhalení obsahů podvědomí a nevědomí a výkladem snů. Jeho práce se stala výchozím bodem pro mnoho jeho následovatelů a žáků, včetně Carla Gustava Junga.

Psychoanalýza a psychoterapie se již navždy stala součástí léčby duševních onemocnění. Současně s vývojem psychoterapeutických přístupů, který byl teprve v počátcích, byli v určitých částech Evropy duševně nemocní umístováni do takzvaných azylů, rozšířených hlavně v Anglii a Francii. V průběhu 19. století vzrostl počet takto

umístěných lidí s duševním onemocněním z několika set na několik set tisíc. Tyto azyly se však stále více podobaly vazbám než lékařským zařízením. Přesto bylo 20. století pro vývoj psychiatrie jako samostatného lékařského oboru rozhodující, nejdříve právě přínosem účinných psychoterapeutických metod a později i objevem a používáním psychofarmak.

Čtvrtá revoluce – objevení psychofarmak

Do 50. let 20. století, i přes vznikající psychoterapeutické směry, byla fyzická léčba duševně nemocných odkázána na používání dnes již těžko představitelných metod. Vzácné v léčbě nebylo uvádění nemocného do kómatu různými způsoby s vírou, že po probuzení bude vykazovat menší množství příznaků psychických poruch. K tomu a i k běžné léčbě se používalo zbavování člověka krve pouštěním žilou, topení, noření do ledové nebo naopak velmi horké vody a tak léčba šokem, uvádění do inzulínového kómatu, dokonce infikování pacienta malárií či operace mozku jako například lobotomie. Při některých léčebných metodách se uvádí, že byla úmrtnost pacientů až 50%. Ačkoli lékaři chtěli jistě pacientům pomoci, aplikace tehdejších léčebných metod stále ještě hraničila s mučením a týráním (Orel a kol., 2016; Slezáková a kol., 2013).

Obrat v psychiatrické léčbě nastal v poválečných 50. letech objevem a začátkem používání psychiatrických léků – psychofarmak. Jako první, dnes již nepoužívaný, byl Chlorpromazin, který se původně používal na uklidnění před velkými operacemi. Nakonec prošel testováním u duševně nemocných pacientů jako účinný lék proti úzkosti a neklidu – anxiolytikum. Následovaly další léky, často zaměřené na schizofrenii a její příznaky, jelikož ta nejčastěji znemožňovala lidem žít život v běžné společnosti. Mnoho pacientů tak mohlo opustit ústavy. Do 80. let 20. století významně narostla produkce psychiatrických léků včetně antidepresiv, léků tlumících vnímání člověka a neurotické projevy, zlepšujících spánek a relaxaci a jiných (Ocisková & Praško, 2015; Orel a kol., 2016; Slezáková a kol., 2013).

V 50. letech došlo k opuštění ústavů mnoha pacienty po zlepšení jejich stavu díky podávání psychofarmak. Ale jak uvádí Slezáková a kol. (2013, s.167), brzy se ukázalo, že „léky nejsou všemocné. Mnozí pacienti se nedovedli životu mimo ústav přizpůsobit,

a to ani tehdy, když měli dobré rodinné zázemí. K usnadnění adaptace propuštěných pacientů začala fungovat komunitní péče, která umožňovala pacientům i pracovní a sociální rehabilitaci“.

2 DLOUHODOBÉ DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ (Severe Mental Illnes)

Jelikož kontextem celé této práce je duševní onemocnění a poruchy, budu se v této druhé kapitole věnovat jejich definici a vymezení. Mnoho příznaků duševních potíží se prolíná a nelze je úplně jasně ohraničit, proto uvedu současně platný systém diagnóz v oblasti duševních onemocnění a poruch. Pro širší porozumění se pokusím definovat příčiny jejich vzniku a projevy v běžném životě, a to i pro pochopení potřeby, důležitých oblastí a případná úskalí následné psychosociální rehabilitace.

2.1 Vymezení, definice a klasifikace duševní poruchy či onemocnění

Přesnou definici duševního onemocnění uvádí mimo jiných zdrojů i Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR na Národním zdravotnické informačním portálu (2024):

„Podle definice Americké psychologické asociace (American Psychological Association, APA) je duševní onemocnění neboli duševní porucha stav vyznačující se narušením kognitivních funkcí a/nebo emocí, abnormálním chováním, narušeným fungováním ve společnosti nebo jakoukoli kombinací výše uvedeného. Tyto poruchy nelze vysvětlit pouze působením okolního prostředí: mohou k nim přispívat i tělesné, genetické, chemické, sociální a jiné faktory.“

V českých i cizojazyčných textech se často můžeme setkat s anglickou zkratkou pro duševní onemocnění SMI pocházející z anglického Severe Mental Illness (Petr a kol., 2014).

Stanovení definice zdraví a nemoci klade otázku, zda se se dívat na daný stav jako na absenci některých aspektů či naopak definovat podle přítomnosti jiných. Dříve platná definice Světové zdravotnické organizace (World Health Organisation – WHO) uváděla, že zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoli jen prostá nepřítomnost nemoci nebo vady. Z toho důvodu se řada autorů, jako například Orel a kolektiv (2016), Marečková (2010) nebo Morschitzky a Hartl (2020), zabývá ještě dalším doplněním definice vlastními slovy a poukazuje na tenkou hranici zdraví a nemoci, pokud se jedná o duševní zdraví. U mnoha znaků, pocitů a vnitřních stavů je často nejednoznačné, zda se ještě jedná o zdraví či zda už jde o patologii. Uplatňují se také různé kulturní a názorové odlišnosti, a tak může být obsah definic nepřesný i s ohledem na to, že mnohé symptomy duševních onemocnění se vzájemně prolínají a jedná se o celou řadu konkrétních nemocí s jejich specifiky.

Existuje velké množství různých duševních poruch a onemocnění, které jsou definovány v Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch vydaném Americkou psychiatrickou společností a také v Mezinárodní klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10) vydané Ústavem zdravotnických informací a statistiky České republiky (2013), kterou uvádím v tabulce 1.

Tabulka 1

Kategorie duševních onemocnění podle Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, 10. revize (MKN-10)

Kód skupiny poruch	Název skupiny poruch (dle MKN-10)	Příklady konkrétních duševních poruch
F00–F09	Organické duševní poruchy včetně symptomatických poruch (poruchy způsobené onemocněním, poraněním nebo poškozením mozku)	vaskulární demence, demence u Alzheimerovy choroby, delirium vyvolané psychoaktivními látkami
F10–F19	Duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek	chronický alkoholismus, toxikománie, alkoholická halucinóza a paranoia
F20–F29	Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy	schizofrenie, schizotypální a schizoafektivní porucha, poruchy s trvalými bludy
F30–F39	Afektivní poruchy (poruchy nálady)	bipolární afektivní porucha, periodická depresivní porucha
F40–F48	Neurotické, stresové a somatoformní poruchy	obsedantně-nutkavá porucha, fobické úzkostné poruchy
F50–F59	Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory	poruchy příjmu potravy (mentální anorexie a bulimie a další), neorganické poruchy spánku
F60–F69	Poruchy osobnosti a chování u dospělých	schizoidní porucha osobnosti, histriónská porucha osobnosti, kleptománie
F70–F79	Mentální retardace	lehká, střední, těžká a hluboká mentální retardace
F80–F89	Poruchy psychického vývoje	expresivní porucha řeči, specifická porucha čtení, dětský autismus
F90–F98	Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání	porucha aktivity a pozornosti, socializovaná, depresivní a separační úzkostná porucha, tiky
F99	Neurčené duševní poruchy	nezařaditelné duševní poruchy

Zdroj: MKN-10 Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, 10. revize (platnost od 1.1.2023).

„Mezinárodní klasifikace nemocí neklasifikuje osoby, ale pouze popisuje a přibližuje situaci každého jedince s ohledem na veškeré aspekty jeho zdraví. Schválení a přijetí MKN znamenalo zlepšení chápání zdraví osob s duševním onemocněním a změnu pohledu na termíny jednotlivých postižení.“, jak konstatuje Marečková (2010, s. 223).

2.2 Příčiny vzniku duševních onemocnění – etiologie

Názory na příčiny vzniku duševních onemocnění se v průběhu historie značně lišily a postupem času vyvíjely až do dnešní podoby, kdy jsou viděny komplexně. Nadále procházejí velkým množstvím výzkumů, jak v oblasti genetické a epigenetické, tak v oblasti sociální. Jak se shoduje mnoho autorů (Bělík a kol., 2017; Dušek & Večeřová-Procházková, 2015; Hosák & Hosáková, 2022 & Orel a kol., 2016) prokazuje se, že duševní nemoci mají příčiny jak v biologických, psychických i sociálních faktorech a jejich kombinacích. Díky odhalování možných příčin bude možné lépe působit v oblasti prevence vzniku duševních onemocnění a zároveň v jejich terapii a rehabilitaci. V odborné literatuře se můžeme setkat s různými pohledy na jejich rozdělení, například s rozdělením faktorů podle fáze vývoje člověka na prenatální, perinatální a postnatální. Z jiného pohledu můžeme faktory předcházející vzniku duševních onemocnění rozdělit v souhrnu dle Duška a Večeřové-Procházkové (2015), Bělíka a kol. (2017), Hosáka & Hosákové (2022) a Orla a kol. (2016) do následujících přehledových kategorií:

- **Genetické faktory** - přítomnost genů a genových kombinací pro vznik onemocnění, jako jsou ADHD, autismus, schizofrenie a bipolární afektivní porucha aj., poruchy genů.
- **Psychologické faktory** - významný vliv na vznik duševních onemocnění může mít způsob výchovy, události, které se vyskytly v průběhu života, potíže v mezilidských vztazích, pracovní a existenční starosti, prožité trauma, stres, úzkost, šikana aj.
- **Sociální faktory**: duševní poruchy mohou být způsobeny sociálním znevýhodněním, statusem menšiny, nedostatečným sociálním zázemím, nucenou

emigrací, tlakem společnosti například pod vlivem módních vzorů na štíhlost či pracovní výkonnost a dostupností alkoholu či drog v dané společnosti.

2.3 Projevy duševních onemocnění ovlivňující negativně kvalitu života

Ačkoli zahrnují příznaky jednotlivých duševních onemocnění velice široké spektrum variant, jak mohou negativně působit na život člověka, který duševním onemocněním trpí, přesto se v některých oblastech shodují a lze je definovat, jak uvádí i Orel a kol. (2016) nebo Riegel a kol. (2020). Ve většině ovlivňují následující oblasti života člověka:

- **Emoce** – dochází ke změně v prožívání emocí. Může se jednat o útlum v oblasti emocí až emoční oploštělost nebo naopak o přecitlivělost, hypersensitivitu, labilitu emocí, úzkostnost, zvýšenou dráždivost až agresi, strach, ztrátu či snížení zájmu, vůle a motivace.
- **Nálada** – pocity nepohody, kolísání nálady, nestabilita či prudké střídání nálady, výrazný pokles, dysforie nebo naopak euforické a manické stavy.
- **Kognitivní funkce** – zpomalené nebo zrychlené myšlení, poruchy myšlení, halucinace sluchové, zrakové, dotykové, bludy – mylná přesvědčení, nesoustředěnost, poruchy paměti, nesouvislost myšlenek až zmatené myšlení, zmatenost.
- **Fyzické projevy** – únava, poruchy spánku, psychosomatické bolesti, bolesti hlavy, průvodní znaky prožívaných stavů jako stažení žaludku, třas, pocení, poruchy trávení, specifické poruchy u žen a mužů, potíže s dýcháním, bušení srdce.
- **Kontakt s okolím** – sociální stažení, nezájem o okolí, problémy s komunikací, přerušování vztahů a kontaktů, strach z nepochopení, pocity odlišnosti a odtržení od světa a ostatních, uzavřenost nebo naopak nápadná extroverze u manických stavů, pokles či ztráta zájmu o sebepečí a péči o svůj životní prostor, problémy v zaměstnání, ztráta zaměstnání, ztráta bydlení, sociální vyloučení.

Příznaky jednotlivých duševních onemocnění se prolínají a bývá často složité a časově náročné určit přesnou diagnózu. Obecně lze říci, že nejvíce příznaků s sebou nese schizofrenie, kdy na sebe navazují poruchy ve výše zmíněných oblastech a u člověka s tímto onemocněním významně mění vnímání reality a její interpretaci. Nemoc často k reálných vjemům přidává v mysli chorobné bludné představy a halucinace, na základě kterých se nemocný chová pro své okolí nepochopitelně. Může naslouchat domnělým hlasům a reagovat na ně, jednat nečekaně nebo svým jednáním ohrožovat zdraví své i ostatních, může dojít i k trestným činům. Schizofrenie dle provedených studií zkracuje délku života až o 10 – 15 let. To je způsobeno nejen vlivem přidružených fyzických obtíží, které často schizofrenii provází a vedlejšími účinky léků. Na vyšší předčasné úmrtnosti tvoří podíl i sebevraždy a sebezabití (zabití sama sebe bez úmyslu se zabít), ke kterým může dojít ve stavu psychózy, halucinací a bludných přesvědčení například o domnělém pronásledovateli (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015; Mahrová a kol., 2008; Orel a kol., 2016; Riegel a kol., 2020).

Jak uvádí Světová zdravotnická organizace – World Health Organization (WHO, 2022) mezi nejrozšířenější duševní onemocnění dnes patří deprese, která se globálně dle údajů WHO týkala v roce 2019 zhruba 280 milionů lidí, bipolární porucha 40 milionů, poruchy příjmu potravy 14 milionů, schizofrenie 24 milionů, disociální poruchy včetně dětí a dospělých 40 milionů a další.

3 PSYCHOSOCIÁLNÍ REHABILITACE

Po nastínění historických souvislostí vývoje přístupu k lidem s duševním onemocněním a vymezení duševních onemocnění a diagnóz přistupuje tato kapitola k psychosociální rehabilitaci. Zaměří se na její rozvoj v souvislosti s deinstitucionalizací, její vymezení a formy a až po metody jejího poskytování.

Jistě to neplatilo u všech pacientů s duševním onemocněním, ale zjednodušeně lze říci, že pokud se někdo dostal do hospitalizace jako psychiatrický pacient ještě před 100 a více lety, již se s jeho návratem do běžného života téměř nepočítalo. V dnešní době se v případech jednoho z nejzávažnějších duševních onemocnění, schizofrenie, hovoří o tak zvaném pravidlu třetiny. To znamená, že zhruba třetina lidí, kteří prožili ataku v rámci onemocnění schizofrenie, postupem času dokáže nemoc překonat a žít dále plnohodnotným životem, v některých případech i bez léků. Druhá třetina dokáže s nemocí žít s podporou blízkých osob a sociálních služeb s občasnými krátkodobými hospitalizacemi a pouze třetina pacientů je odkázána na život v ústavních zařízeních. Už to ukazuje velký úspěch, dobré výsledky a účinnost psychosociální rehabilitace (Mahrová, 2008).

Jak shrnuje s ohlédnutím do historie Hosák a kol. (2015), po dlouhém vývoji přístupu k lidem s duševním onemocněním, kdy léčebné metody vypadaly všemožně s přetrvávajícími středověkými prvky, vnesla úplně nový náhled na duševní onemocnění psychoanalýza, se snahou porozumět vnitřním motivům i vnějším projevům nemoci. Dalším významným postupem, který umožnil lépe pracovat s lidmi s duševním onemocněním byly léky ovlivňující lidskou mysl, psychofarmaka. Zásadní změnu pro postavení duševně nemocných přinesla sociální psychiatrie a z ní vycházející psychosociální rehabilitace, díky které se nemocným začala otevírat i dimenze jejich života v běžném prostředí.

I Slade (2015) poukazuje na existenci dvou způsobů pohledu na duševní onemocnění. Jeden pohled se zaměřuje na nemoci samotné, jejich příznaky a na to, jak negativním

způsobem ovlivňují život. Druhým pohledem a předmětem zkoumání je to, za jakých podmínek je možné žít plnohodnotný život i s duševním onemocněním. Stále více se ukazuje, že se správně cílenou podporou je převážná většina psychiatrických pacientů schopna žít ve svém přirozeném prostředí.

3.1 Deinstitucionalizace a destigmatizace

Deinstitucionalizace

Zhruba od 70. let 20. století se země v celém světě i v Evropě zabývají procesem destigmatizace a deinstitucionalizace. Tento proces spočívá v přesunu a proměně ústavní péče o zranitelné členy společnosti na ambulantní, terénní a komunitní formu, a ve snížení počtu lůžek ve velkých léčebnách a ústavech. V celosvětovém měřítku tento trend započal v 80. letech 20. století, vlivem jak objevu nových účinných léků a vývojem různých kompenzačních pomůcek a zároveň vlivem hnutí zaměřujícího se na lidská práva a poukazujícího na nevyhovující podmínky ve velkých ústavech a podobných pobytových zařízeních. Potřeba psychosociální rehabilitace zranitelných členů populace a jejich začleňování do běžného života iniciovala rozvoj sociálních služeb s tímto zaměřením pro různé potřebné cílové skupiny obyvatel (Hosák a kol., 2015; Kalina a kol., 2015; Matoušek a kol., 2009).

Deinstitucionalizace probíhá ve všech odvětvích sociálních služeb, kde jsou klienty lidé málo soběstační či nesoběstační, ať už z důvodu mentálního či kombinovaného postižení, nemoci, nebo kvůli důsledkům stáří. Vznikají nové komunitní sociální služby, které podporují život lidí s postižením v jejich přirozeném prostředí. Pokud je ústavní péče nutná, usiluje se o její proměnu tak, aby byla co nejvíce podobná normálnímu životu a životu v domácnosti. Deinstitucionalizace je významným procesem v rámci současného trendu v sociální práci, a to odklonu od medicínského modelu k modelu sociálnímu s důrazem na rehabilitaci, integraci a inkluzi lidí se zdravotním, mentálním postižením a psychickým onemocněním do společnosti (Hosák a kol., 2015; Kalina a kol., 2015; Matoušek a kol., 2009).

V evropském prostředí deinstitucionalizace naplno započala zrušením velké psychiatrické léčebny v italském Terstu v roce 1980. Jejím uzavření předcházely mnohé změny péče, které v ní probíhaly už několik let před uzavřením, které zavedl její nový primář, psychiatr a neurolog, Franco Basaglia. Péče o duševně nemocné se po zrušení léčebny přesunula do péče ambulantních a komunitních služeb (Kalina a kol., 2015).

Destigmatizace

Destigmatizace se netýká pouze lidí s duševním onemocněním ale i jiných skupin obyvatel, kteří trpí nějakým handicapem nebo se jinak odlišují. V procesu destigmatizace se jedná o prevenci stigmatizace a její zmírnění. Vychází z výrazu stigma, kdy většinová společnost na základě společného znamení „stigmatu“ posuzuje určitou skupinu lidí s předsudky, může jí považovat za nežádoucí, vyčleňovat ze společnosti a zaujímá k ní odmítavý až diskriminující postoj. Může se to dít jak v místní komunitě obyvatel, tak v některých případech i ze strany institucí. Stigmatizovaní jedinci mohou přístup společnosti k sobě i přebírat, kdy se na základě své nemoci, postižení či odlišnosti začnou sami považovat za méněcenné a nežádoucí a vzniká tak „sebestigmatizace“. Se sebestigmatizací je v rámci sociální práce nutné s klientem pracovat. Pro podporu destigmatizace na celospolečenské úrovni probíhají různé vzdělávací a osvětové programy (Mahrová a kol., 2008; Matoušek a kol., 2009).

3.2 Sociální psychiatrie

Jak uvádí Marková a kol. (2006), již ve 30. letech 20. století upozorňoval na velký význam psychosociální rehabilitace a sociální psychiatrie nizozemský lékař Querido. V celosvětovém měřítku však sociální psychiatrie a psychosociální rehabilitace získala na významu až po druhé světové válce, kdy se začínala postupně rozvíjet i ve Spojených státech a Anglii. Zaujala své pevné místo ihned po farmakologické léčbě pacientů jak s fyzickým tak duševním omezením či onemocněním.

Sociální psychiatrie je odvětví psychiatrie, které se zabývá pohledem na duševní onemocnění v sociálním kontextu. Zaměřuje se na faktory sociálního prostředí, které předcházejí vzniku psychického onemocnění a jeho vznik ovlivňují a na prevenci v sociálním prostředí. Zabývá se zkoumáním vlivu stresu na vznik duševního onemocnění, vlivu rodinného prostředí, sociálního prostředí, prožitých krizových situací i souvislostí s možnými psychosomatickými onemocněními. Důležitou oblastí sociální psychiatrie také je zaměření na život s duševním onemocněním a hledání metod a způsobů rehabilitace a resocializace (Češková a kol., 2015; Hosák a kol., 2015).

Potřebu služeb sociální psychiatrie a rehabilitace potvrzuje i Raboch a Pavlovský (2012) když uvádí, že v některých zemích byla zaznamenána souvislost s rušením psychiatrických léčen a zvýšením počtu lidí bez domova. Mnoho propuštěných pacientů se bez odpovídající podpory nebylo schopno začlenit do společnosti a zajistit si základní životní potřeby a odpovídající životní úroveň. Sociální psychiatrie se dále zaměřuje na posílení lidských práv klientů, jejich podporu a psychosociální rehabilitaci. V jednotlivých zemích probíhají změny související s deinstitucionalizací vlastním tempem, vznikají různé programy a projekty financování na podporu deinstitucionalizace a destigmatizace klientů, jejich rehabilitaci, začlenění do společnosti, podporu bydlení, pracovních příležitostí a dalšího uplatnění a možností zlepšení kvality jejich života v běžném prostředí.

„Mezi úkoly sociální psychiatrie patří mj. plánování a koordinace péče v blízkosti bydliště pacienta. K základním organizačním principům psychiatrické péče se řadí především dehospitalizace a deinstitucionalizace“, jak definuje i Češková a kol. (2015).

3.3 Psychosociální (psychiatrická) rehabilitace

V některých písemných zdrojích můžeme najít dvojí označení pro rehabilitaci klientů s duševními potížemi, a to rehabilitace psychiatrická a psychosociální. Při detailním prozkoumání bychom mohli definovat rehabilitaci psychiatrickou jako více zaměřenou

na psychický stav člověka a nemoc, na zvládnání symptomů nemoci, na psychoterapii či medikaci. Psychosociální rehabilitace by potom byla zaměřená více na prostředí a sociální podmínky. V dnešní době se používají oba termíny jako synonyma (Hosák a kol., 2015).

Psychosociální rehabilitace se zaměřuje na posílení schopností a dovedností klienta tak, aby se mohl účastnit běžného života ve společnosti. Klienty psychosociální rehabilitace jsou velmi často opakovaně hospitalizovaní lidé v psychiatrických nemocnicích, kteří vlivem nemoci či dlouhodobé hospitalizace postrádají schopnosti, dovednosti i návyky potřebné k vedení samostatného života, často pozbyli své postavení ve společnosti a své sociální role, například v rodině či na pracovišti. Spolupráce s klientem probíhá nejčastěji metodou case managementu, kterému je věnována následující kapitola 3.4 Case management. Pracovník společně s klientem pracují na jeho rehabilitaci nejčastěji na základě sestaveného rehabilitačního plánu podle jeho individuálních potřeb a priorit. Mapují se klientovi hlavní oblasti potřeby rehabilitace, tzv. rehabilitační domény, viz tabulka 2 (Hosák a kol., 2015; Petr a kol., 2014).

Tabulka 2

Rehabilitační domény

Životní domény	Osobní domény
bydlení	sebepéče
práce	zdraví
studium	účel a smysl
volný čas / rekreace	sociální vztahy

Zdroj: Hosák a kol. (2015)

Typy služeb působících na poli psychosociální rehabilitace uvádím v kapitole 3.5 Komunitní psychiatrie a péče v psychosociální rehabilitaci.

Některé písemné zdroje k výčtu služeb přidávají i psychiatrické nemocnice a léčebny a psychiatrická lůžková oddělení všeobecných nemocnic. Za počátek rehabilitace považují tyto autoři již první kontakt pacienta / klienta s psychiatrem i případné

hospitalizace, jelikož už v jejich průběhu jsou začleňovány do léčby rehabilitační prvky, jako výlety s pacienty mimo zařízení s nácviky sociálních a komunikačních dovedností, různé formy arteterapií, pracovní terapie, nácviky vaření a někde kontakt se zvířaty v rámci hipoterapie a canisterapie (Hejzar, 2009).

V psychosociální rehabilitaci se uplatňují různé přístupy, primárně tři hlavních směrů: rehabilitace zaměřená na prostředí dle Benneta a Shepherda, rehabilitace zaměřená na zlepšení asertivity a schopnost řešení problémových situací dle Libermanna a rehabilitace zaměřená na rozvoj dovedností klienta a jeho uplatnění v komunitě dle Anthonyho (Hejzar, 2009).

Jak uvádí Matoušek (2009, s. 139): „Psychiatrická rehabilitace dnes zahrnuje velké množství různých programových modelů, které spojuje snaha pomoci dlouhodobě duševně nemocným zvládat život v komunitě. Cílem rehabilitace je zmírnění či kompenzace nezpůsobilosti (nově stavu snížené aktivity) a dále omezení hendikepu (nově stavu omezené participace)“.

Novým účinným směrem v psychosociální rehabilitaci, spojující prvky výše zmíněných přístupů je model Zotavení neboli Recovery a Podpůrný vztahový přístup, CARE, jak potvrzuje mnoho současných autorů (Páv a kol., 2017; Rapp & Goscha, 2006; Wilken & Hollander, 2016) a dále definují tento proces. Proces psychosociální rehabilitace pomáhá lidem s duševním onemocněním (lidem s psychosociálními obtížemi) zvyšovat kvalitu jejich života a může významně pomoci na jejich osobní cestě zotavením. Staví na posilování silných stránek a zdrojů podpory, významně využívá práci s prostředím, s cílem maximálně podpořit začlenění lidí s duševním onemocněním do jejich běžného prostředí. Základním východiskem je zotavení jako nové paradigma péče, zplnomocňování, znovuvytváření vlastní identity a smyslu života. Důležité je vycházet z přání a potřeb samotného člověka s duševním onemocněním. S jedincem se systematicky pracuje na jeho přáních a potřebách v hlavních oblastech života, stanovují se dílčí cíle a postupy k jejich naplnění.

3.4 Case management

Case management je poměrně nová metoda práce s klienty v sociálních a zdravotních službách. V českém překladu jej můžeme nazvat Případovou prací či vedením případu. Termín Case management je používán až v posledních desetiletích. Jako nová metoda práce s klienty se objevil v 70. a 80. letech postupně v USA, Anglii a Nizozemí. Do dnešní podoby se vyvíjel od původního brokerského modelu, přes klinický case management k současně více využívanému intenzivnímu case managementu a case managementu založenému na silných stránkách či asertivní komunitní léčbě - ACT (Matoušek a kol., 2009; Petr a kol., 2014), které se více věnují v kapitole 3.2.2 Metody sociální práce CDZ – ACT a FACT .

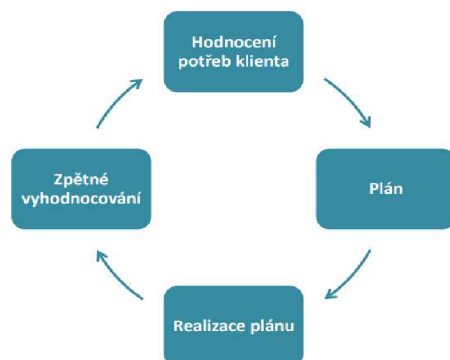
V sociální práci metodou case managementu se jedná o přímou práci s klienty, která zahrnuje posouzení případu klienta, seznámení s případem, přípravu na práci s ním, individuální plánování, navrhování možných změn, koordinaci spolupráce různých státních i nestátních služeb, monitorování péče a vyhodnocování výsledků s důrazem na získané zkušenosti a dosažené výsledky. Je odlišný od terapeuticky zaměřeného poskytování poradenství. Zakládá se na navázání vztahu s klientem a dlouhodobé spolupráci s ním, kdy pracovník může díky znalosti klienta, jeho potřeb a případu, komunity, kde žije a širokých souvislostí v jeho životě poskytnout aktuálně co nejvhodnější intervence (Hosák a kol., 2015; Matoušek a kol., 2009; Petr a kol., 2014).

Průběh case managementu ilustruje obrázek 1, viz Hejzar (n.d.).

Obrázek 1

Model průběhu case managementu

Průběh case managementu



Zdroj: Hejzar, (n.d.)

Klientem v case managementu může být jak jednotlivec, tak skupina lidí například rodina nebo komunita. U každého klienta je při práci s ním v rámci case managementu stanoven tzv. klíčový pracovník, někde se označuje jako případový manager. Jedná se o pracovníka, který zná klientův případ nejlépe a vede práci na něm. Zodpovídá za kvalitu zvolených postupů, společně s klientem volí, kdy a jaká služba vstoupí do řešení a koordinuje spolupráci. Spolupráce s klientem v rámci case managementu probíhá na partnerské bázi. Case manager pomocí vhodných intervencí pomáhá klientovi nejen s koordinací a výběrem vhodných služeb, také podporuje přirozenou síť podpory v okolí klienta a budování a posilování rodinných a přátelských vztahů. Vhodnými technikami pomáhá klientovi s nácviky náročných situací a jejich zvládnutím, s komunikačními dovednostmi, s poznáním sama sebe, svých silných stránek, s překonáním problémů, kterým klient čelí, a tím posiluje jeho soběstačnost a kompetence (Mahrová a kol., 2008; Matoušek a kol., 2009).

V case managementu můžeme dále rozlišit individuální a týmový case management. V individuálním case managementu vede klientův případ sám pracovník a zodpovídá za

jeho řešení, zatímco v týmovém case managementu je za řešení zodpovědný tým. V týmovém case managementu lze dále rozlišit týmový case management vnitřní a vnější. V případě vnitřního týmového case managementu se na řešení klientova případu podílí služby v rámci jedné organizace, zatímco v druhém případě, ve vnějším týmovém case managementu, jsou do řešení zapojené různé organizace, které tak tvoří vnější tým s odlišnou mírou zapojení. Setkávají se například při svolání případové konference, jak uvádí Hejzar (n.d.) i Petr a kol. (2014).

3.5 Komunitní psychiatrie a péče v psychosociální rehabilitaci

„Komunitní péče o osoby s duševní poruchou představuje široký soubor služeb, programů a zařízení, jehož cílem je pomoci lidem s duševní poruchou žít co nejvíce v podmínkách běžného života, subjektivně co nejuspokojivějším způsobem tak, aby mohly být uspokojovány jejich zdravotní, psychologické a sociální potřeby. Mezi postupy komunitní péče patří kromě léčby i podpora sociálních rolí, zejména v oblasti práce, bydlení a sociálních kontaktů, a podpora vztahů s rodinou, přáteli a dalšími lidmi. Cílovou skupinou komunitní péče jsou jak pacienti s duševní poruchou, tak i další členové komunity. Ti jsou podporováni, aby pomoc mohli poskytovat“, jak definuje Kalvach a kol. (2012).

Služby v kontextu komunitní péče lze charakterizovat následujícími principy (Kalvach a kol., 2012):

- mobilita služeb
- propojenost služeb
- péče ve vlastním prostředí pacientů
- orientace na lidská práva a potřeby pacientů.

Tyto uvedené základní principy komunitní péče další písemné zdroje dále rozvádějí a doplňují jejich popis, principy a zaměření. Za ideální je považována dostupnost komunitních služeb 24 hodin denně po 7 dní v týdnu. Úkolem komunitní péče je zajistit klientům odpovídající služby a jejich návaznost ve spádové oblasti klienta tak, aby se navzájem doplňovaly a spolupracovaly. Komunitní systém péče se zaměřuje na vyhledávání a navazování zdrojů podpory klienta v jeho okolí, jak formálních, tak neformálních. V rámci formálních služeb se jedná o profesionální služby, které jsou klientovi ku pomoci a které může využívat, jde například o ambulantní služby, stacionáře či různá denní centra sociální rehabilitace, i o návštěvy terénních sociálních pracovníků u klienta doma. Klient se sociálním pracovníkem vyhledává i zdroje neformální podpory v klientově okolí. Na společných setkáních pracovníka a klienta je podporována a vítána účast jeho blízkých osob, kdy v rámci podpory rodinných a blízkých vztahů lze rozmlouvat o projevech nemoci, edukovat a podporovat členy rodiny v jejím společném zvládnání situace, i například tvořit společný plán a strategii, jak předejít možné krizi nebo jak ji zvládnout. Dále se zaměřuje i na širší okolí klienta, na jeho známé, sousedy, personál z obchodu, který denně navštěvuje a další možné přirozené zdroje podpory v okolí klienta (Mahrová a kol., 2008; Marková a kol., 2006; Petr a kol., 2014).

V propojení a návaznosti jednotlivých služeb je velmi důležitý multidisciplinární přístup, kde se setkává zdravotní a sociální část služeb. Komunitní péče se snaží vytvořit síť služeb v okolí klienta tak, aby služby pokrývaly celé spektrum klientových potřeb a zajistily i sociální i zdravotní část péče. Sociální pracovníci v rámci komunitní péče podporují respekt a nestigmatizující přístup směrem ke klientovi, a to jak ve svém přístupu, tak v přístupu okolí a ostatních služeb (Marková a kol., 2006; Petr a kol., 2014).

Principy komunitních služeb shrnuje následující tabulka dle Hosáka (2015) na obrázku 2:

Obrázek 2

Charakteristické vlastnosti komunitní psychiatrie

Multidisciplinární týmy	<ul style="list-style-type: none">▪ více odborníků se podílí na péči o pacienta: psychiatři, komunitní psychiatrické sestry, psychologové, sociální pracovníci, ergoterapeuti, psychoterapeuti▪ koordinace jedním z profesionálů; každý z profesionálů je zodpovědný za sobě příslušnou část péče▪ plán péče zpracovaný podle léčebných a rehabilitačních potřeb pacienta
Regionalita a propojenost	<ul style="list-style-type: none">▪ zodpovědnost týmů poskytovat péči ve vymezené lokalitě či regionu▪ spolupráce mezi týmy a s dalšími službami
Přirozené prostředí	<ul style="list-style-type: none">▪ poskytování služeb co nejbliže domovů pacientů, eventuálně v jejich vlastním prostředí, obdobně to platí i pro umístění akutních lůžkových oddělení či chráněných bydlení
Mobilita	<ul style="list-style-type: none">▪ služby jsou mobilní, mají proaktivní a asertivní charakter▪ ošetření pacienta v jeho domácím prostředí dle aktuálních potřeb, např. zásah v místě rozvoje krize
Lidská práva	<ul style="list-style-type: none">▪ pozornost dodržování občanských práv u pacientů

Zdroj: Hosák (2015)

Komunitní péče zahrnuje následující typy služeb (Mahrová a kol., 2008; Marková a kol., 2006; Petr a kol., 2014) :

- Centra duševního zdraví
- Centra denních aktivit
- Centra sociální rehabilitace / sociálně rehabilitační dílny
- Centra podpory a programů zaměstnávání na chráněném i komerčním trhu práce
- Denní stacionáře, psychoterapie
- Krizová pomoc a intervence
- Case management
- Terénní sociální práci
- Podporované / chráněné bydlení
- Služby psychiatrických a psychologických ambulancí
- Zdravotnické služby

3.5.1 Centra duševního zdraví - CDZ

Ve velké míře zajišťují komunitní péči centra duševního zdraví. Ta začala vznikat a často se vyvinula z prvních organizací poskytujících pomoc a podporu lidem s duševním onemocněním po roce 1990, i v rámci Reformy péče o duševní zdraví. Centra duševního zdraví, CDZ, se zaměřují v rámci komunitních služeb na poskytnutí maximální podpory svým klientům jak v oblasti zdravotní tak sociální. Spolupracují s lékaři a dalšími organizacemi v místě své působnosti, poskytují podporu při psychosociální rehabilitaci, zotavení a začlenění osob s duševními potížemi do běžné populace, a to v oblasti zaměstnání, vzdělání, bydlení, volnočasových aktivit aj. (Kalvach a kol., 2012; Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2024).

CDZ poskytují profesionální služby s cílem pomoci a poskytnout podporu lidem se zkušeností s duševním onemocněním, podpořit jejich sebedůvěru a schopnosti a pomoci jim tak dosáhnout co největší soběstačnosti. Veškeré služby jsou poskytovány bezplatně a bez lékařského doporučení. Týmy Center duševního zdraví jsou koncipovány multidisciplinárně. Jsou složeny z psychiatrických sester, zdravotních sester, sociálních pracovníků, pracovního konzultanta, psychiatra, psychologa a peer konzultanta (člověka s vlastní zkušeností s duševním onemocněním u sebe či v rodině), případně i adiktologa. Týmy pracují metodou case managementu. Svými službami pomáhají klientům žít plnohodnotný život, pomáhají jim se zajištěním sociálních i zdravotních služeb, se začleněním do společnosti, s celkovou psychosociální rehabilitací i se zvládnutím krizí a předcházením hospitalizací. Součástí jejich práce jsou často i pravidelné návštěvy hospitalizovaných klientů v lůžkových zařízeních (Češková a kol., 2015; Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2024).

Jak konstatuje ve své publikaci i Kalvach a kol. (2012), cílovou skupinou pro přijetí do komunitních služeb a služeb Center duševního zdraví jsou zejména lidé trpící dlouhodobým duševním onemocněním, SMI (severe mental illness). Další indikací je těžký průběh některých poruch osobnosti hlavně ze schizofrenního a afektivního okruhu. Cílem péče u těchto klientů bývá hlavně integrace či reintegrace do běžné společnosti a života v ní, stejně jako zvýšení jejich adaptace a psychické i funkční kapacity. Poskytnutí pomoci a přijetí do služeb závisí od zaměření dané služby či Centra

duševního zdraví, nemusí být podmíněno nemocí schizofrenie. Speciální oblastí jsou duální diagnózy, pro které bývají v týmu specializovaní pracovníci. Jedná se o kombinaci duševního onemocnění se závislostí. Dalšími klienty specializovaných center duševního zdraví mohou být lidé s mentální retardací, organickými psychickými poruchami, děti či adolescenti. U všech klientů je v rámci jejich integrace do běžného prostředí a rozvíjení či udržení jejich kognitivních funkcí prioritou pomoci jim vhodnou podporou žít v jejich vlastním prostředí.

3.5.2 Metody sociální práce v CDZ – ACT a FACT

Současně s metodou case managementu se v USA ve stejné době, v 70. letech, vyvinul model péče Assertive Community Treatment - ACT, v českém překladu Asertivní komunitní léčba. Týmy pracující metodou ACT modelu poskytují klientům tzv. intenzivní péči, tj. jsou určeny pro osoby s nejtěžšími průběhy duševních onemocnění. Ti tvoří asi 20% z celkového počtu klientů a jsou nejvíce ohroženi hospitalizací, ztrátou přístřeší a dalšími těžkými rizikovými situacemi. ACT týmy pracují na principu odstupňované léčby, kdy při stabilizaci stavu klienta je následně předán do péče jiného týmu, například běžného case managementového. Metodou ACT pracují multidisciplinární týmy, případy klientů sdílí celý tým, a poskytují převážně dlouhodobou terénní péči (Petr a kol., 2014; van Veldhuizen & Bähler, 2013).

Z modelu sociální práce ACT postupně obohacením o určité prvky vznikl v Nizozemí v roce 2003 nový model pojmenovaný Flexible (Function) Assertive Community Treatment – FACT, v českém překladu Flexibilní (Funkční) asertivní komunitní léčba. Tento model je v současné době hojně využíván v praxi center duševního zdraví. Oproti modelu ACT má multidisciplinární tým v péči zhruba dvojnásobný počet klientů, se kterými pracují v terénu formou case managementu. Desetičlenný tým pracovníků tak může mít v péči až 200 klientů. Má v péči všechny klienty s duševním onemocněním ze spádové oblasti, nejen ty nejohroženější. V případě zhoršení stavu klienta je klient umístěn na tzv. FACT tabuli (FACT board). V tomto bodě se uplatňuje princip „flexibilního přepínání“, kdy se péče formou case managementu v případě krize klienta změní („přepne“) na intenzivní. Stejně jako u modelu ACT probíhají každodenní

setkání sociálních pracovníků a celého multidisciplinárního týmu. Na těchto setkáních jsou řešeny a diskutovány jednotlivé aktuální případy klientů umístěných aktuálně na FACT boardu. Zapojují se všichni členové týmu a vnášejí různé názory na případy, navrhuje možná řešení, používají se příklady a zkušenosti z minulosti, názory zdravotníků a lékařů. Může být zahrnuto uzpůsobení služby, pokud je možné, hledání dalších možných služeb, které by mohl klient využít i hledání vhodných individuálních přístupů pro zmírnění krize (Petr a kol., 2014; van Veldhuizen & Bähler, 2013).

3.5.2.1 Komunitní centra duševního zdraví – KCDZ - Příklad z holandské a italské praxe

I dle dokumentů vydaných Centrem pro rozvoj péče o duševní zdraví (2011) velkou část inspirace, ze které čerpají nové modely práce s klienty zaměřené na zotavení a implementují je do systému své práce jak Centra duševního zdraví tak i jiné organizace v rámci komunitní péče, pochází z Nizozemí a Itálie. Tyto země můžeme považovat za kolébku deinstitucionalizace a myšlenek zotavení klientů v 80. letech 20. století v Evropě. Členové mnoha multidisciplinárních týmů, nejen Center duševního zdraví, z České republiky jezdí každoročně na stáže do těchto zemí pro příklady dobré praxe zotavení a pro zkušenosti, které by mohli přenést do českých podmínek.

Mezi italskou a holandskou praxí existují určité rozdíly. V Itálii je v péči hlavním mottem Svoboda především, kde svoboda je chápána jako první a výchozí bod rehabilitace, kdežto v Holandsku jde o Bydlení především (Housing first). V obou zemích existují velká komunitní centra duševního zdraví, KCDZ, která disponují velkými multidisciplinárními týmy. Týmy sestávají až ze 40 osob, z čehož je až 5 psychiatrů, 2 psychologové, 2 sociální pracovníci, 2 rehabilitační pracovníci a až 30 zdravotních sester. Pracoviště má 6 až 8 lůžek pro krizovou potřebu nebo krátký pobyt, pravidelný denní program, denní nemocnici, poskytuje dvakrát za den jídlo, probíhají zde podpůrné skupiny a terapeutické skupinové aktivity. Zvládání případných krizí zde není řešeno izolací ale naopak propojením. Díky velkému personálnímu obsazení má psychiatr možnost strávit s klientem v krizi i 6 hodin denně a předejít tak prohloubení krize. Pokud je někdo, kdo se léčí na psychiatrii, přijatý do nemocnice i

mimo Komunitní centrum duševního zdraví, je KCDZ hned druhý den příslušnou nemocnicí kontaktováno a společně s klientem tvoří další plán. Komunitní centra duševního zdraví mají oblastní působnost a tak běžně vědí o všech obyvatelích z dané oblasti s psychickými potížemi. Probíhá zde i úzká spolupráce s policií, která zná zásady deinstitucionalizace a pokud je potřeba někoho odvézt, ale jeho stav není úplně akutní, odveze ho policie do KCDZ namísto psychiatrického oddělení v nemocnici. Pravidelně jsou také organizována společná školení a vzdělávání sociálních pracovníků a pracovníků policie (Muuse & van Rooijen, 2019).

V KCDZ neprobíhají skupinové psychoterapie. Mnoho pracovníků tam má však terapeutické vzdělání a prvky terapie aplikují do každodenní práce s klienty. Jako asi v každé praxi péče zaměřené na zotavení u lidí s duševním onemocněním zde z pohledu personálu občas dochází k rozporu v otázce hranic dobré péče a autonomie klienta. Komunitní centra duševního zdraví záměrně neposkytují celodenní stravu ani celodenní program, aby se nestala jediným místem pro klienty, kde budou trávit čas. Důležité je, aby také žili mimo KCDZ a začleňovali se do běžného života. Těžkou otázkou také je, kdy je správný čas nechat klienta odejít ze služeb. Není vždy jednoznačné, do kdy mu je trávení času v centru prospěšné, jelikož ho cítí pro sebe jako bezpečné místo, a kdy už by mohlo zpomalovat proces jeho zotavení (Muuse & van Rooijen, 2019).

3.5.3 Shrnutí vývoje situace v České republice v posledních desetiletích

Vývoj v České republice ve směru psychosociální rehabilitace duševně nemocných začal po roce 1989. Do té doby existovalo velké množství institucí a ústavů, kam byli lidé s jakýmkoli postižením či většími funkčními omezeními, děti a senioři s potřebou péče, separování. Po roce 1989 začaly vznikat soukromé psychiatrické praxe, ale na vznik nových forem sociálních služeb nebyly ještě připravené zdravotní pojišťovny a systém financování. Pozitivní vývoj zahájila po roce 2000 reforma sociálních služeb se schválením zákona o sociálních službách spolu s Bílou knihou sociálních služeb. Bílá kniha sociálních služeb stanovila hodnotový rámec sociálních služeb jako nezávislost, autonomie, partnerství, respekt a kvalita; a cíl sociálních služeb: podpora při začlenění do běžného života. Bohužel se však zaměřovala převážně na skupiny osob s mentálním a zdravotním postižením a v psychiatrické péči prozatím téměř k žádným změnám

nedošlo (Hosák a kol., 2015; Muuse & van Rooijen, 2019).

Dle informací ze studií zpracovaných v roce 2012 vzhledem k existenci v průměru největších psychiatrických nemocnic v Evropě, byla psychiatrická péče v České republice bohužel svou strukturou a rozvinutím komunitních služeb nejbližší zemím bývalého Sovětského svazu a Balkánu, tudíž nejdále od vyspělých zemí západní Evropy. V roce 2019 již měla Česká republika počet psychiatrických lůžek na 100 000 obyvatel srovnatelný s Holandskem, které je zdrojem inspirace v oblasti deinstitucionalizace a nových forem psychosociální rehabilitace v Evropě. V České republice to bylo však stále se současnou existencí velkých psychiatrických nemocnic (Muuse & van Rooijen, 2019).

Jak uvádí MZČR (2024) v rámci Reformy psychiatrické péče z roku 2012 byla schválena strategie reformy psychiatrické péče. V Národním akčním plánu z roku 2020 jsou na roky 2020 - 2030 nastavené konkrétní cíle deinstitucionalizace jako redukce lůžek psychiatrické péče o dvě třetiny, vybudování stovky center duševního zdraví, nových kapacit bydlení pro lidi s duševním onemocněním a další. Zároveň byly pro financování získány prostředky z evropských fondů. Podle údajů publikovaných MZČR k 23.11.2023 vzniklo v České republice již 34 center duševního zdraví, z čehož je 31 CDZ pro osoby s duševním onemocněním a 3 CDZ pro děti a adolescenty.

4 ZOTAVENÍ NEBOLI RECOVERY

Společným jmenovatelem všech směrů v psychosociální rehabilitaci je zaměření na zotavování a zotavení klientů. Při zpracování následující kapitoly včetně praktické části práce jsem vycházela z konceptu eklektického modelu, který spojuje prvky jiných přístupů, modelu CARE (Comprehensive approach of rehabilitation). Metody nizozemského přístupu CARE jsou v současné době implementovány do činnosti mnoha Center duševního zdraví a je v ní školeno mnoho profesionálů v oblasti sociální práce.

Pro model CARE je nově používán název Podpůrný vzťahový přístup (Wilken & Hollander, 2022).

„V terapii lidí se závažným duševním onemocněním se prosazuje posuzování spouštěčů stresu, intervence na snížení stresu, rozvíjení dovedností na zvládání stresu, zaměření na vliv prostředí a rozvíjení sociálních dovedností“, jak potvrzuje i Vybíral a Roubal (2010, s. 478).

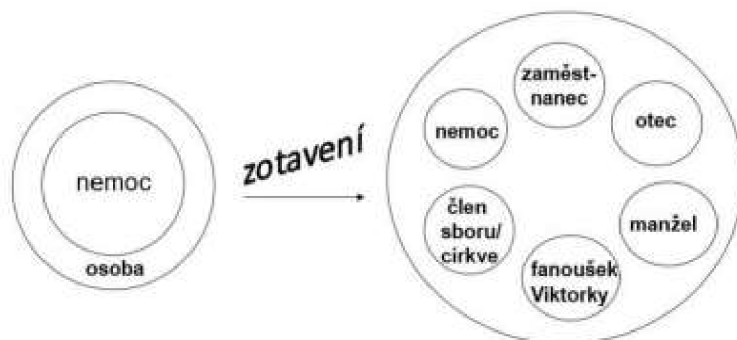
4.1 Definice zotavení

Zotavení neznamená naprosté uzdravení z nemoci, ale lze jej chápat jako přijetí nemoci a žití dalšího plnohodnotného života i s ní a případnými omezeními, která může přinášet. Je definováno jako hluboce osobní jedinečný proces změny vlastních postojů, hodnot, pocitů, cílů, dovedností a rolí. Je to způsob, jak žít uspokojivý, plnohodnotný, smysluplný a optimistický život v rámci možností, jež dovolují přítomné symptomy psychického onemocnění. Zotavení buduje nový význam a smysl života tím, že člověk důsledky způsobené duševním onemocněním překoná. Je to osobní proces lidí, kteří i přes svoji zranitelnost znovu vezmou svůj život do vlastních rukou (Rapp & Goscha, 2006; Wilken & Hollander, 2016).

Existuje mnoho variant možných grafických vyobrazení zotavení a změn ve vnímání nemoci ve svém životě. Pro ilustraci uvádím schématické vyobrazení zotavení dle Ministerstva zdravotnictví České republiky (2024), na obrázku 3.

Obrázek 3

Model zotavení



Zdroj: Ministerstvo zdravotnictví České republiky (2024)

4.2 Fáze zotavení

Zotavení probíhá v určitých fázích. U klientů mohou být jednotlivé fáze individuálně dlouhé a odlišně náročné (Páv a kol., 2017):

- 1. stabilizace** – je první fází v procesu zotavení. Zahrnuje prvotní překonání krize a získání kontroly nad příznaky nemoci. Součástí stabilizace je i přijetí nemoci jako takové, její respektování a dodržování léčebných doporučení.
- 2. zpracování a reorientace** – bývá popisováno jako období hledání nových cílů a přání. Jedná se o hledání nové perspektivy po uvědomění si nemoci a jejího vlivu na vlastní život spolu s hledáním možných způsobů života s ní. Zahrnuje hledání a posilování svých silných stránek, znovunalezení své identity a možných sociálních a životních rolí.
- 3. reintegrace** – znamená znovuzačlenění. Je konečnou fází zotavení, kdy se člověk znovu začleňuje do života ve svém běžném prostředí. Vytvořil si určité strategie a naučil se s nemocí žít s co nejmenší potřebou profesionální pomoci.

Také se můžeme setkat s jiným zpracováním fází zotavení, dle den Hollandera a Wilkena (2022), které je však ve srovnání s předchozím rozdělení fází obdobné:

- 1. Naděje** – víra v možné, pozitivní obraz budoucnosti, emocionální propojení s klientem a jeho představou budoucnosti, hledání přání a možných cest.
- 2. Zplnomocnění** – respekt a upřímnost, rovnocenný vztah s klientem, poskytování informací a možností volby, spolupráce s lékařem při předepisování léků, podpora v projevech vlastní vůle.
- 3. Odpovědnost za sebe sama** – podpora vlastního rozhodování, zplnomocňování a zapojení klienta, nabízení možností volby.
- 4. Smysluplná role v životě** - hledání nových rolí, reintegrace do společnosti, návrat domů.

4.3 Principy přístupu zaměřeného na zotavení

V rámci nové podoby péče o lidi s duševním onemocněním je cílem psychosociální rehabilitace zaměřením na zotavení namísto zaměřením na nemoc. V tomto smyslu klade zaměřením na zotavení důraz na příležitosti, smysl a růst, aniž by se při tom popírala přítomnost různých omezení. V tomto přístupu se klienti i pracovníci zamýšlejí nad potřebami, které jsou za nemocí. Základními hodnotami přístupu ke klientům a sociální práce se zaměřením na zotavení jsou dle Muuse & van Rooijena (2019):

- 1. Holistický princip** – péče neklade důraz na poruchu, ale na jedince. V italské praxi se dokonce již nepoužívá výraz pacienti ani klienti, ale uživatelé či členové. Klade se důraz na osobní příběh člověka a budování osobních vztahů mezi klienty a profesionály, Služby a přístup k člověku jsou nastavené na základě osobní individuální životní cesty uživatele k zotavení, jeho zplnomocňování, a v rámci možností se mu přizpůsobují.
- 2. Ekologický princip** – zaměřuje se na sociální kontext, na celou sociální síť a sociální skupinu člověka, do které patří. Péči nabízí komunita, pracovníci naváží vztahy s jedincem a jeho rodinou, jde o aktivní pomoc, jejímž cílem je sociální začlenění.

3. Princip založený na právech – právní přístup – důraz je kladen na občanská práva člověka, jak právní, tak sociální. V širším smyslu sem náleží i právo jedince sám řídit svou cestu k zotavení. Komunita a pracovníci pomáhají člověku v podpoře a prosazování jeho práv, práva na vzdělání, na práci, na sociální zabezpečení a další.

Jednou ze základních myšlenek deinstitucionalizace a zotavení je, že člověk se nemůže uzdravit v izolaci, ale podmínkou pro zotavení je sociální začlenění. Léčba klienta je v modelu CARE v Nizozemí nazývána životním projektem člověka. Velký důraz je kladen na budování organizací založených na vztazích, kdy pracovníci budují osobní vztahy s velkým množstvím klientů s opravdovým zájmem o ně a jejich osobní životní příběhy. To poskytuje i co možná nejobjektivnější náhled na jejich žitou současnost. Důležitým prvkem sociální práce je respektování autonomie člověka (Muuse & van Rooijen, 2019).

4.4 Metody a postupy CARE - Podpůrného vztahového přístupu

Podpůrný vztahový přístup, jak už svým názvem napovídá, je založen na osobně-profesionálním vztahu a propojení s klienty. Tento vztah se prolíná celou spoluprací. Pracuje s klienty ve 3 hlavních rovinách, v rovině vztahu, v rovině času a rovině činností. To pomáhá propojovat a navazovat jednotlivé činnosti při práci s klientem směrem k zotavení a proces mu individuálně uzpůsobovat (Páv a kol., 2017).

Model 4P

V budování vztahu ke klientům postupuje pracovník vědomě a systematicky v rámci zásad dobré péče podle modelu tzv. 4P. Označení vyjadřuje propojení, porozumění, potvrzení, posílení. Jedná se o čtyři klíčové činnosti, které navazují a vztahují se k jednotlivým fázím zotavení. Na počátku spolupráce je zásadní navázat s klientem vztah, **propojení**. Klienta je potřeba pochopit, budovat vzájemnou důvěru, vytvořit pocit

bezpečí ve vztahu, to zahrnuje porozumění. S klientem navazujeme opravdový vztah dvou osob, můžeme s ním sdílet i svoji vlastní zranitelnost a zkušenosti, vždy je ale potřeba udržovat hranice vztahu. Jako sociální pracovníci sdílíme jen to, co považujeme za důležité a přínosné pro klienta (den Hollander & Wilken, 2022).

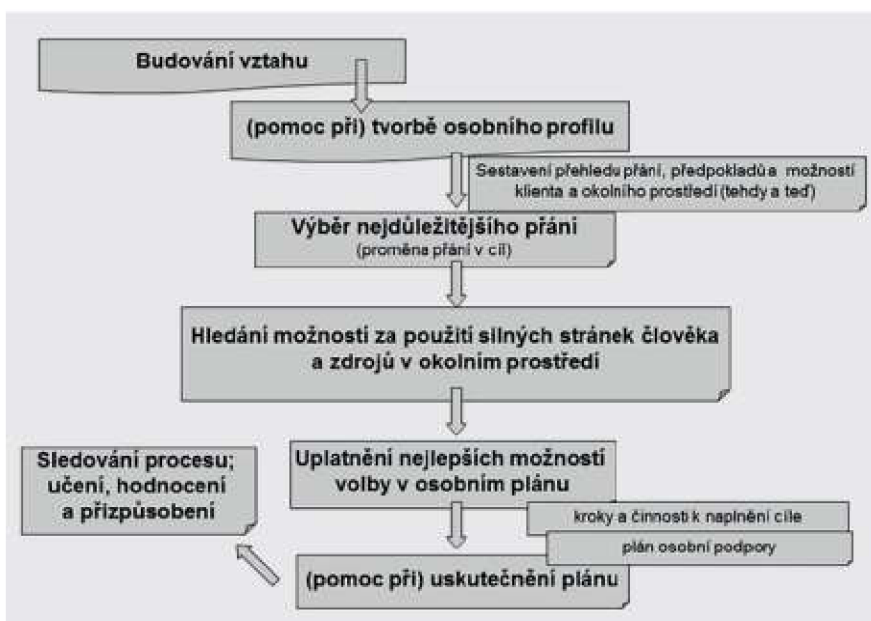
V rámci **porozumění** se snažíme vidět klienta celistvě, porozumět jeho motivacím, pomáháme mu hledat jeho přání a silné stránky. Přistupujeme ke klientovým přáním a názorům s respektem na základě názoru, že právě klient je expertem na vlastní život, podporujeme jeho sebeúctu a sebevědomí (den Hollander & Wilken, 2022).

Potvrzení se vztahuje hlavně ke klientově zranitelnosti případně nemoci. Jedná se o poskytnutí podpory ve chvílích, kdy klient ztrácí pocit jistoty a bezpečí. Vnímání různých situací jako ohrožujících je značně individuální. Na základě znalosti klienta, kterou jsme získali díky propojení s ním a porozumění, jsme lépe schopni se do něj empaticky vcítit a poskytnout mu v danou chvíli pro něj vhodnou podporu. Pracujeme zde také s možnou stigmatizací a sebestigmatizací. Poslední bod, **posílení**, se vztahuje více k rovině času a činností. Zahrnuje práci s klientem zaměřenou na silné stránky, na hledání copingových strategií pro lepší zvládnutí pocitů ohrožení a stresu, rozvíjení nadání i práci s prostředím. V prostředí, ve kterém člověk žije, vyhledáváme pro klienta bezpečné a posilující prostředí, kde se mohou nacházet přirozené zdroje podpory. Práce s prostředím zahrnuje v neposlední řadě i materiální a finanční zabezpečení klientových potřeb (den Hollander & Wilken, 2022; Páv a kol., 2017).

Hlavními znaky modelu CARE, podpůrného vztahového přístupu je tedy zaměření na člověka, na prostředí, na přítomnost a budoucnost, na zotavení a silné stránky, na přání, zplnomocňování, používání jazyka zaměřeného na zotavení, selfmanagement, coping - strategie zvládnutí stresu, na motivaci, naději, identitu, sebedůvěru, znalosti, dovednosti, smysluplné činnosti a sociální role a sociální inkluzi (den Hollander & Wilken, 2022; Páv a kol., 2017).

Základní průběh spolupráce s klientem v modelu CARE můžeme vidět na obrázku 4 od autorů Páv a kol. (2017).

Obrázek 4



Zdroj: Páv a kol. (2017)

4.5 Hlavní oblasti zotavení

Hlavní oblasti zotavení vycházejí ze základních kategorií kvality života a shodují se s rehabilitačními doménami uvedenými v Tabulce 2 v kapitole 3.3 Psychosociální (psychiatrická) rehabilitace. Jsou jimi životní domény: bydlení, práce, studium, volný čas / rekreace; a osobní domény: sebezpečí, zdraví, účel a smysl, sociální vztahy (den Hollander & Wilken, 2022; Hosák a kol., 2015).

Den Hollander a Wilken (2022) tyto domény rozvádějí dále a definují pět pilířů procesů zotavování:

- 1. Osobní motivace** - naděje a optimismus do budoucnosti, pocit smysluplnosti a pozitivní vztahy.
- 2. Znalosti a dovednosti** - jak se o sebe dobře postarat, přebírat zodpovědnost, udržovat kontrolu, mít a udržovat život ve svých rukou.
- 3. Identita** - týká se faktorů, které posilují vnímání sama sebe (sebeobraz) a snižují sebestigmatizaci.

4. Smysluplné činnosti a sociální role

5. Vnější podpůrné faktory napomáhající zotavení - například podpora ze strany členů rodiny a dalších blízkých osob, osob s obdobnou zkušeností (peer support – vzájemná podpora a svépomoc) a podpora od odborníků, ale i dostupnost materiálních zdrojů, například příjmu a bydlení.

Práce s krizí

Model CARE přináší vlastní pohled na krize klienta související s nemocí. Krize jsou vnímány jako příležitost k osobnímu růstu, kdy mohou přinést rozšíření pohledu po překonání krize a možnost tvorby nových copingových strategií na jejich zvládnutí. V neposlední řadě přináší překonání krize získání zkušeností, které mohou klienti sdílet a tím i pomáhat ostatním. Klienti dokáží často lépe porozumět uživatelům, kteří prošli osobní zkušeností s duševním onemocněním a zotavením a kteří se aktivně zapojují do podpory pro jiné uživatele, např. ve formě poradenských či podpůrných skupin v rámci peer činnosti. Skutečnost, že k zotavení skutečně dochází, potvrzují i mnohé studie, které dlouhodobě sledovaly skupiny schizofrenních pacientů, což potvrzuje i Petr a kol. (2014) a den Hollander a Wilken (2022).

Práce s přáním

Významnou roli v modelu CARE mají přání. Jsou velkým zdrojem motivace v procesu zotavení. Pro sociálního pracovníka je důležité přistupovat ke všem klientovým přáním s respektem a nehodnotit je. Ačkoli se může na první pohled jednat o přání nereálná, může za tímto přáním být v podstatě skryté jiné přání, tzv. přání za přáním, které se objeví až v průběhu času (den Hollander & Wilken, 2022).

Proces zotavování probíhá u každého vlastním tempem, v některých případech je potřeba mít dostatek času a trpělivosti bez hodnotícího přístupu a srovnávání se svojí vlastní představou o trvání procesů. Podobně představa plnohodnotného života se u pracovníka a klienta může značně lišit. Je důležité mít na paměti, že model CARE zastává názor, že každý je expertem na svůj vlastní život a vychází ze svých možností a zkušeností. V procesu zotavování může hrát významnou roli i děláním chyb. Pokud se

nejedná o opravdu ohrožující pochybení, nechává pracovník klienta konat chyby, které se nepovažují za selhání, ale mnohdy je to jediná cesta k získávání potřebné zkušenosti (den Hollander & Wilken, 2022).

4.6 Písemné nástroje modelu CARE

Metodika modelu CARE poskytuje poměrně pestré množství základních písemných nástrojů pro práci s klienty. K tomu neklade hranice kreativitě a nabízí možnosti tvorby dalších nástrojů podle individuálních potřeb a aktuální situace klienta. Mezi základní nástroje patří matice silných stránek, osobní profil, osobní / akční plán, vitamínový profil (přehled činností či prvků, které nám dodávají energii), přehled možností volby (pomáhá vyjasnit výhody a nevýhody volby / přání, mapování a znázorňování sociální sítě, plán osobní podpory a plán včasných varovných příznaků krize – semafor. Všechny zmíněné nástroje pracují se silnými stránkami, základní metodou pro zjišťování informací je rozhovor. V praxi je využíváné i koučování. Níže pro lepší představu uvádím popis stěžejních pěti nástrojů (den Hollander & Wilken, 2022; Páv & kol., 2017).

Matice silných stránek

Matice silných stránek pomáhá nalézt a uvědomit si všechny své silné stránky. Obsahuje kategorie Jsem (jaký jsem člověk, mé vlastnosti), Chci (mé přání, ambice, sny), Umím (nadání a dovednosti), Mám (jaké mám osobní a materiální zdroje, tzn. jaké mám blízké a podporující osoby, i jaké mám předměty, zvířata v mém vlastnictví, finanční zabezpečení a možnosti), Umím (mé nadání, talent, dovednosti) a Zním (kategorie obsahují moje zkušenosti a znalosti). Dobře zpracovaná matice silných stránek poskytuje základní podklad pro zpracování dalších nástrojů, kde uplatníme všechny objevené silné stránky (den Hollander & Wilken, 2022).

Osobní profil silných stránek

Při sestavování osobního profilu silných stránek vycházíme z matice silných stránek a snažíme se objevit další silné stránky. Osobním profil obsahuje kategorie podle dříve

zmíněných rehabilitačních domén (životní domény: bydlení, práce, studium, volný čas / rekreace; a osobní domény: sebezpečí, zdraví, účel a smysl, sociální vztahy) kde klient řadí své silné stránky do daných kategorií rozdělených na 3 sloupce, současnost, budoucnost a minulost. Do současnosti uvádí svá současná přání, do budoucnosti jaké přání a vizi o svém životě má v souvislosti s danou doménou v budoucnosti a třetí sloupec tvoří jeho zkušenosti v dané oblasti z minulosti, ze kterých může pro realizaci svých přání čerpat (den Hollander & Wilken, 2022).

Osobní / akční plán

Zpracovává konkrétní plán vycházející z přání, stanovuje jednotlivé kroky pro klienta i podporující osoby, plánuje termín dosažení cíle a doplňuje plán o další průběžné činnosti, kterým se klient chce věnovat po období dosahování svého přání (den Hollander & Wilken, 2022; Páv a kol., 2017).

Mapování sociální sítě a Profil prostředí

Práce s prostředím hraje v model CARE významnou roli. Pracuje jak se sociálním prostředím a sociální sítí klienta, tak s fyzickým prostředím, se kterým se v rámci svého života setkává. V rámci sociálního prostředí se snaží mapovat klientovy vztahy, objevovat tak propojení s druhými lidmi, které mu je oporou a objevovat další možné zdroje podpory. K tomu používá nástroj na mapování a znázorňování sociální sítě, ale může využít jakékoli jiné zobrazení blízké klientovi, například pomocí množin, diagramů, tabulek apod. V rámci fyzického prostředí pomůže v práci Profil prostředí mapující všechny aspekty prostředí, od lokality, vybavení, lidí, možných aktivit a silných i slabých stránek daného prostředí a hledá možnosti pro jejich posílení a možnou úpravu a změnu (den Hollander & Wilken, 2022).

Plán včasných varovných příznaků - semafor

Pro lepší srozumitelnost pracuje tento nástroj i s barvami, a to barvami semaforu. Je doplněn kategorií příznaků nemoci, jak je vidí klient a kategorií, jak vidí příznaky ostatní. Dále je v každé kategorii přiřazený sloupec, kde klient sám určuje, co má dělat

on a co mají dělat ostatní. Stejně jako na semaforu symbolizuje kategorie zelené barvy klientův stav bez příznaků a problémů, oranžová kategorie označuje varovný stav, kdy již klient určité příznaky pociťuje a červený oddíl je stav krize (den Hollander & Wilken, 2022).

4.7 Hodnocení a evaluace psychosociální rehabilitace a zotavení

Autoři den Hollander a Wilken (2022) uvádějí jako nástroj pro vyhodnocování spolupráce a psychosociální rehabilitace klienta ve vztahu k rehabilitačním doménám, dotazník INSPIRE. V české verzi ho zveřejnilo v jeho úplné i zkrácené verzi na svých webových stránkách Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví - CMHCD (n.d.).

V české praxi sociální práce patří mezi hojně používané hodnotící nástroje CAN - Camberwellské šetření potřeb, CANSAS a HoNOS, které zmiňuje i Hejzar (2009). Nástroje jsou používány v sociálních a sociálně-zdravotních službách pravidelně s odstupem 3 – 6 měsíců, aby průběžně mapovaly vývoj v klientově rehabilitaci. Obsahují otázky na sociální a zdravotní funkce člověka a určení míry požadované i poskytované dopomoci v jednotlivých oblastech od profesionálů i neprofesionálů (členů rodiny a jiných blízkých osob). Nástroje vyplňuje částečně sám klient za asistence sociálního pracovníka a určité oddíly sociální pracovník, kombinují tak pohledy obou stran, jak klienta tak profesionála a nabízejí tak komplexní pohled.

5 CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ PRO LIDI S DLOUHODOBÝM DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

Chráněné bydlení je jednou ze služeb komunitní péče v psychosociální rehabilitaci, které jsou uvedeny v kapitole 3.5. Poskytuje služby lidem se sníženou soběstačností, kteří potřebují získat dovednosti a znalosti potřebné k samostatnému bydlení. Chráněná bydlení mohou být určena pro různé cílové skupiny, například osoby s mentální retardací, se závislostí či seniory. Pro účely této písemné práce se zaměřuji na chráněné bydlení pro lidi s dlouhodobým duševním onemocněním.

Chráněné bydlení pro lidi s dlouhodobým duševním onemocněním je určeno převážně pro klienty po opakovaných a dlouhodobých hospitalizacích. Dále je určeno pro klienty, kteří sami ještě dlouhodobě nebydleli, mají i vlivem nemoci problém s osamostatněním se od rodičů anebo potřebují řešit bytovou situaci kvůli zátěžovému domácímu prostředí. Bydlení může být koncipováno jako samostatné, kdy jednu bytovou jednotku obývá klient sám, nebo jako skupinové, kdy ve větších bytech žijí společně 2 – 3 klienti v samostatných pokojích a sdílejí kuchyň a sociální zařízení. Předstupněm chráněného bydlení je podporované bydlení, kdy není v místě bydlení přítomna služba sociálních pracovníků, ale ve smluvené časy za klienty dojíždí. Chráněné bydlení plní funkci tréninkového bydlení a je poskytováno na omezenou dobu, většinou na 1, 2 nebo 3 roky (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015; Matoušek a kol., 2009; Marková a kol., 2006).

Pracovníci chráněného bydlení poskytují klientům sociální a terapeutické činnosti dle jejich individuálních potřeb. Vlivem nemoci jsou často redukovány jejich předchozí dovednosti v rámci denních činností, jejich samostatnost, sebevědomí či zájem o okolní svět a celkově bývá snížena kvalita jejich života. Posláním chráněného bydlení je poskytnout klientům podporu ve znovuzískání schopností a dovedností potřebných k samostatnému životu jak v samostatném bydlení tak mimo něj. Pracovníci klienty podporují ve všech dovednostech v rámci psychosociální rehabilitace a v jejich znovuzapojení se do společnosti, ať se jedná o výpomoc s denními činnostmi a péčí o

sebe a domácnost, finanční gramotnost, sociální poradenství, budování vztahů s rodiči a blízkými, doprovody k lékařům či jednání s institucemi (Matoušek a kol., 2009).

5.1 Chráněné bydlení v systému služeb

Dle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (2024) spadá chráněné bydlení do zařízení sociálních služeb. Definice v zákoně říká: „Chráněné bydlení je 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“. Služba podle odstavce 1 Zákona č. 108/2006 Sb. obsahuje tyto základní činnosti:

- a) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- b) poskytnutí ubytování,
- c) pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- d) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- e) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- f) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- g) sociálně terapeutické činnosti,
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

5.2 Chráněné bydlení, ve kterém bude probíhat výzkum

Výzkum byl realizován v Chráněném bydlení pro osoby s dlouhodobým vážným duševním onemocněním v Karlových Varech, které zajišťuje FOKUS Karlovarský kraj z. ú., kde pracuji čtvrtým rokem jako Case manager. Cílovou skupinou jsou klienti s onemocněním ze schizofrenního okruhu či těžšími průběhy poruch osobnosti a nálad.

Kapacita chráněného bydlení v Karlových Varech je 10 osob. Klienty jsou muži i ženy ve věkovém rozpětí 18-65 let v převážné většině po dlouhodobých či opakovaných hospitalizacích v psychiatrických nemocnicích. Chráněné bydlení je pro ně mezistupněm mezi hospitalizací, kde na člověka nejsou kladeny žádné požadavky na samostatnost, nebo své schopnosti ztratil vlivem nemoci, a samostatným bydlením, kde by klient v ideálním případě měl být už úplně samostatný ve všech životních oblastech včetně péče o sebe a své bydlení. Další skupinu tvoří klienti, kteří zde získávají dovednosti pro následné samostatné bydlení a osamostatnění se od svých rodičů, které bývá i kvůli nemoci komplikované. Klienti žijí v samostatných bytech, kde mají svůj uzamykatelný pokoj a s ostatními dvěma nebo jedním spolubydlícím sdílejí společnou kuchyň a koupelnu.

Personálně je provoz zajištěn denní službou na směnný provoz pokrývající celkově čas od 6:00 do 21:00, čtyřmi plnými a jedním částečným pracovním úvazkem.

FOKUS Karlovarský kraj z. ú. provozuje v Karlových Varech také Centrum duševního zdraví, CDZ, s velkým multidisciplinárním týmem poskytujícím jak terénní sociální služby, tak i psychologickou a psychiatrickou péči, kterou mohou klienti chráněného bydlení využívat. Přímou v Karlových Varech je společnost Fokus zřizovatelem i Centra sociální rehabilitace, CSR. Jedná se o denní centrum, které slouží ke vzájemnému setkávání klientů. Nachází se zde knihovna, obývací pokoj, kuchyň, keramická a šicí dílna, šatny, sprchy a sociální zařízení i společenská místnost. Probíhá zde pravidelný program, zahrnující nácviky sociálních dovedností, obsluhu počítače, hraní her, pořádají se besedy a výlety do okolí. Aktivity pro klienty jsou nácvikové pro upevnění pracovních a sociálních dovedností (FOKUS z. ú., 2024).

Praktická část

Úvod

Úvodní teoretická část byla sestavena tak, aby co nejkompaktněji pojmla problematiku psychosociální rehabilitace lidí s duševním onemocněním. Prvně jsem se zaměřila na nastínění přístupu k lidem s duševním onemocněním v historii, specifikaci duševního onemocnění včetně systému diagnóz a negativních aspektů duševních onemocnění ovlivňujících kvalitu života, abych zároveň osvětlila potřebu a hlavní témata následné psychosociální rehabilitace lidí s duševním onemocněním. Navázala jsem kapitolou o psychosociální rehabilitaci jako takové, její současnou podobou, formami a metodami jejího poskytování včetně systému služeb pro lidi s duševním onemocněním. Jelikož cílem psychosociální rehabilitace je zotavení klientů, věnovala jsem se v další samostatné kapitole zotavení, jeho definici, fázím a principům, na které jsem navázala představením úspěšné metody psychosociální rehabilitace, CARE – Podpůrného vztahového přístupu, který je v současné době implementován do sociální práce v mnoha organizacích v České republice. V závěru teoretické části je představena služba chráněného bydlení jako součást systému služeb a komunitní péče o lidi s duševním onemocněním a je zde představeno chráněné bydlení, ve kterém probíhal výzkum.

V praktické části budu pomocí kvalitativního výzkumu zjišťovat, jaké silné stránky a jaká úskalí vnímají v sociální práci metodou CARE klienti a pracovníci chráněného bydlení, jaké vidí klienti i pracovníci silné a slabé stránky služby a jaké jsou návrhy na zlepšení spolupráce a služby. Pro výzkum tohoto tématu jsem se rozhodla i z důvodu, abych zjistila zda a jak je sociální práce metodou CARE vnímána pracovníky a klienty i vzhledem k jejím odlišnostem od dříve používaného profesionálního odstupů v jiných metodách sociální práce. Výsledky výzkumu by mohly být přínosné pro pracovníky chráněného bydlení, případně vhodné pro implementaci do praxe a úpravu některých pracovních postupů s klienty, či jen poučné pro lepší pochopení světa klientů a posílení empatie k nim.

6 METODOLOGIE VÝZKUMU

Pro zkoumání dané oblasti, a to vnímání a prožívání sociální práce metodou CARE a služby chráněného bydlení a zjištění možných návrhů na zlepšení, byl zvolen kvalitativní výzkum. Jak uvádí Hendl (2023) a Reichel (2009), kvalitativní výzkum se nezaměřuje na statistické údaje, ale poskytuje širší popis jevů, kontextu a situace účastníků. Je vhodný pro objasnění vzniku a působení jevů mezi lidmi nebo uvnitř určité skupiny. Poskytuje hlubší vhled do procesů, výskytu, vývoje či dynamiky zkoumaných fenoménů, zohledňuje situaci a podmínky, které na účastníky působí.

Na počátku výzkumu jsem stanovila téma výzkumu, cíl výzkumu a 3 hlavní výzkumné otázky. Vzhledem k použití odborného termínu v pojmenování metody CARE v první výzkumné otázce, jsem využila metodu operacionalizace, kterou popisuje i Reichel (2009). Operacionalizace je metoda převedení termínu z odborné řeči do běžného jazyka respondentů. Operacionalizaci výzkumných otázek uvádím v následující kapitole 6.1 Cíl výzkumu a výzkumná otázka.

V průběhu rozhovorů jsem výzkumné otázky přesněji formulovala a tím upravila. I dle Hendla (2023) je možné v průběhu sběru a vyhodnocení dat otázky doplňovat či modifikovat, jedná se tak o pružný typ výzkumu. Výzkumník pracuje přímo v terénu, dělá si v průběhu poznámky, získané výsledky může konzultovat s účastníky výzkumu. Mezi hlavní metody kvalitativního výzkumu patří interview, pozorování a analýza textů a dokumentů. Pro svůj výzkum jsem využila interview, tj. rozhovor.

Pro další zpracování dat jsem zvolila metodu obsahová analýza. Kvalitativní obsahová analýza umožňuje rozšíření výsledků výzkumu o rovinu kontextu získaných výpovědí a dat, významu, smyslu a vysvětlení zkoumaných jevů. Obsahová analýza je používána pro vyhledávání společných prvků, témat, znaků a obsahů. Podrobný popis použití metody uvádím v kapitolách 6.3 Metoda sběru dat a realizace výzkumu a 6.4 Metoda

zpracování a vyhodnocení dat. Při výzkumu jsem postupovala podle předem stanovených kroků, jak je popisuje i Gulová a Šíp (2013) a Hendl (2023). Po sběru dat rozhovory jsem přistoupila k rozčlenění textu pomocí kódů a jejich přiřazení do kategorií. S kategoriemi jsem dále pracovala, stanovila jsem četnost výskytu jednotlivých kategorií, které jsem v průběhu další analýzy znovu hodnotila, slučovala dle vzájemných vztahů, souvislostí a společného výskytu kódů do výsledného seznamu kategorií a podkategorií kódů, který uvádím v kapitole 6.4 Metoda zpracování a vyhodnocení dat. K vyhodnocení a interpretaci získaných dat jsem využila shrnutí, srovnání, strukturalizaci a vysvětlení a uvádím je v kapitole 7. Výsledky výzkumu.

6.1 Cíl výzkumu a výzkumná otázka

Cílem výzkumu je zjistit silné stránky a úskalí, která vznikají při sociální práci metodou CARE - Podpůrným vztahovým přístupem, silné a slabé stránky služby chráněného bydlení a návrhy na zlepšení jak spolupráce pracovníků a klientů tak služby. Pro větší objektivitu výzkumu bude skupina respondentů rovnoměrně sestavena z pracovníků a klientů chráněného bydlení. V případě shody odpovědí pracovníků a klientů bude tato skutečnost poukazovat na dobré vztahové napojení obou skupin respondentů a tím úspěšnou implementaci metody CARE do sociální práce v daném chráněném bydlení.

Byly stanoveny tři výzkumné otázky:

1. Jaké silné stránky a jaká úskalí vidí v práci metodou CARE klienti a pracovníci chráněného bydlení?
2. Jaké silné a slabé stránky má podle klientů a pracovníků služba chráněného bydlení?
3. Jaké jsou návrhy na zlepšení spolupráce pracovníků a klientů chráněného bydlení metodou CARE a služby chráněného bydlení?

Vzhledem k použití odborného termínu metoda CARE v první výzkumné otázce a výrazů silné a slabé stránky a úskalí v první a druhé výzkumné otázce jsem pro bližší vysvětlení termínů použila metodu operacionalice výzkumných otázek, kterou blíže popisují v předchozí kapitole 6. Metodologie výzkumu. V rámci operacionalizace výzkumných otázek je dále vysvětluji a upřesňuji.

V otázkách souvisejících s metodou CARE byli respondenti v rozhovorech vedeni ke vnímání znaků a komponent metody CARE v sociální práci, jako je porozumění, pochopení, podpora klienta, respekt ke klientovi, rovnocenný vztah klientů a pracovníků, práce s přáním a práce s krizí.

Při zjišťování silných stránek v první a druhé výzkumné otázce jsem respondenty vedla k uvedení nejpřínosnějších aspektů a prvků jak vzájemné spolupráce tak služby chráněného bydlení, kterých si nejvíce cení a vnímají je jako nejvýznamnější.

V případě slabých stránek a úskalí jsem otázky cílila ke zjištění takových aspektů, situací a míst objevujících se při spolupráci metodou CARE a v rámci služby chráněného bydlení, která jsou vnímána jako problematická a v denní praxi jsou často diskutována jak pracovníky tak klienty.

6.2 Charakteristika vybraného souboru

Výzkum jsem se rozhodla realizovat v Chráněném bydlení pro osoby s dlouhodobým vážným duševním onemocněním v Karlových Varech, které zajišťuje FOKUS Karlovarský kraj z. ú., kde pracuji čtvrtým rokem jako Case manager a klíčový pracovník a které jsem blíže představila v kapitole 5.2 Chráněné bydlení, ve kterém bude probíhat výzkum. Do sociální práce Chráněného bydlení, Centra duševního zdraví i Centra sociální rehabilitace pro osoby s dlouhodobým vážných duševním onemocněním v Karlových Varech probíhá v posledních letech implementace modelu

CARe, Podpůrného vztahového přístupu. Pro výzkum právě zde jsem se rozhodla, abych zjistila zda a jak vnímají sociální práci metodou CARe a službu chráněného bydlení pracovníci i klienti a jaké by bylo možné vnést do spolupráce a služby nové prvky či inovace stávajících pracovních postupů pro zlepšení efektivity služby a vzájemné spolupráce pracovníků a klientů.

Jak uvádí Hendl (2023), pro účely kvalitativních i kvantitativních výzkumů je důležitý výběr respondentů, tzv. vzorkování. Narozdíl od kvantitativního výběru, kdy se zpravidla jedná o velký počet dotazovaných respondentů a získaná data bývají zpracována statistickými metodami, v kvalitativním výzkumu bývá volen menší výzkumný soubor a data jsou zpracována odlišnými metodami více do hloubky. Výběr respondentů je volen podle souvislosti s daným zkoumaným tématem a může být doplňován či měněn podle získaných výsledků. Metodami výběru mohou být intenzivní vzorkování, homogenní vzorkování, metoda sněhové koule, kriteriální vzorkování, totální výběr, typické případy a další. Vzhledem k poměrně malému počtu personálu ve zvoleném chráněném bydlení, 5 pracovníků, a momentálnímu celkovému počtu 8 klientů byl výběr respondentů pro účely výzkumu proveden metodou totálního výběru. Osloveni byli všichni pracovníci a všichni klienti aktuálně žijící v chráněném bydlení. Na základě znalosti klientů a jejich přetrvávajících negativních symptomů nemoci, paranoidních bludů a představ či strachu z elektronických médií použitých k nahrání rozhovoru, jsem u některých předem předpokládala nesouhlas s účastí na výzkumu. Možní účastníci výzkumu byli osloveni osobně, svůj souhlas poté vyjádřili podepsáním Informovaného souhlasu, který je přiložen v Příloze 1. Svůj zájem o účast ve výzkumu nakonec projevíli 3 zaměstnanci a 3 klienti.

Etické aspekty výzkumu

Všichni účastníci byli předem seznámeni s tématem, účelem a metodou výzkumu, s etickými aspekty výzkumu a se svojí možností z výzkumu kdykoli odstoupit či na některé otázky neodpovídat. Svůj souhlas s účastí na výzkumu potvrdili podpisem Informovaného souhlasu. Pro anonymizaci nebyla v prepisech rozhovoru ani v prezentaci výsledků použita jejich jména, ale byli označeni příslušným číslem. Tím byly

splněny požadavky na etické aspekty výzkumu, které charakterizuje Hendl (2023), kdy uvádí, že při realizaci výzkumů je nutné dodržovat a respektovat základní etická pravidla výzkumu. Souhlas s výzkumem by měl být za ideálních podmínek vyjádřen aktivně, a to podpisem informovaného souhlasu. Respondenti musí být informováni o účelu výzkumu, jeho průběhu a v případě zájmu i o jeho výsledcích. Kdykoli v průběhu výzkumu mají respondenti právo a svobodu na některou otázku neodpovídat nebo odstoupit z výzkumu. Respondentům nesmí být zatajena žádná fakta související s výzkumem a měla by být zachována jejich anonymita. V rámci výzkumu nesmí být porušen zákon o ochraně osobních údajů. Respondenti musí být informováni o tom, jak bude se získanými daty nakládáno a kdo k nim bude mít přístup. Výzkumník musí při sběru dat respektovat soukromí respondenta.

Informovaný souhlas

Všichni účastníci výzkumu vyjádřili svůj souhlas s účastí podpisem informovaného souhlasu, který je přiložen v příloze 1. U klientů s omezenou svéprávností byl souhlas vyjádřen a potvrzen i podpisem jejich opatrovníka. Všichni účastníci výzkumu byli plnoletí a tak u ostatních nebyl zapotřebí podpis zákonného zástupce. Informovaný souhlas byl připraven pro každého účastníka ve dvou vyhotoveních, jedno pro něj a druhé pro výzkumníka. U klientů s omezenou svéprávností bylo připraveno ještě třetí vyhotovení pro jejich opatrovníka, který byl také požádán o vyjádření svého souhlasu podpisem.

6.3 Metoda sběru dat a realizace výzkumu

Jako základní metodu sběru dat pro výzkum jsem použila polostrukturovaný rozhovor. Jak uvádí i Hendl (2023), hlavními metodami a prostředky k získávání informací od respondentů v kvalitativním výzkumu je dotazování, dostávání odpovědí a naslouchání. Existuje mnoho forem výzkumných metod od úplně volných nestrukturovaných narativních rozhovorů až po striktně řízené rozhovory a dotazování pomocí dotazníků,

kteří již hraničí s kvantitativním pojetím. Určitou střední cestou je polostrukturovaný rozhovor, také interview, částečně řízený rozhovor.

Rozhovory probíhaly na základě předem připravených 20 otázek, jejichž pořadí bylo při všech rozhovorech dodrženo a nebylo potřeba jej měnit. Seznam základních otázek k rozhovoru pro klienty je uveden v Příloze 2 a pro pracovníky v Příloze 3. Mezi uvedenými otázkami byly respondentům pokládány doplňující otázky pro upřesnění nebo lepší pochopení základní otázky. Na konci rozhovoru byl respondentům poskytnut prostor pro doplnění svých odpovědí a dalších komentářů, které je v průběhu rozhovoru napadly. Tím byl dodržen postup kvalitativního polořízeného rozhovoru dle Hendla (2023) a Reichela (2009), kteří uvádí, že při polostrukturovaném rozhovoru má dotazovatel předem připravené otázky a okruhy témat. Pořadí kladených otázek nemusí být striktně dodrženo, zvolené pořadí může být v průběhu rozhovoru modifikované podle toho, jak rozhovor plyne. U rozhovoru by mělo být předem stanovené prostředí, kde bude probíhat. Pro upřesnění odpovědí mohou být kladeny doplňující otázky. Tím, že se jedná o polořízený rozhovor, je v průběhu v případě potřeby ponechán i delší volný prostor pro dotazovaného, aby své odpovědi širě okomentoval. V průběhu rozhovoru je také možné ověřovat, zda respondent otázkám správně porozuměl. Na konci rozhovoru jsem všem zúčastněným za rozhovor a účast ve výzkumu poděkovala.

Rozhovory probíhaly v období března a dubna 2024. S účastí na výzkumu nakonec souhlasili 3 pracovníci a 3 klienti, se kterými byly následně rozhovory uskutečněny. S klienty probíhaly rozhovory v předem domluvený čas, pro větší pocit jejich bezpečí, u nich v bytech. S pracovníky byly rozhovory uskutečněny v kanceláři chráněného bydlení.

Klienti byli předem obecně seznámeni s oblastmi otázek, pro snížení jejich obav a aby se obecně mohli předem nad tématy zamyslet. Vzhledem k některým negativním symptomům nemoci jako zhoršená schopnost soustředění nebo netrpělivost, jsem tak obecným seznámením s okruhy otázek chtěla zabezpečit plynulejší průběh rozhovoru. V jednom případě nebyl schopen účastník při nahrávání rozhovoru odpovídat, ale s rozhovorem souhlasil. Po třech neúspěšných pokusech byl rozhovor doslovně

přepisován už v jeho průběhu bez pořízení nahrávky. U všech ostatních rozhovorů proběhl jejich hlasový záznam a byly následně doslovně přepsány. Prvotní přepisy rozhovorů proběhly pomocí aplikace Transkriptor. Následně jsem dle pořízené nahrávky provedla korekturu a opravy celého textu.

S ohledem na anonymizaci účastníků výzkumu nepřikládám doslovné přepisy rozhovorů, ve kterých respondenti v několika případech uvedli celá jména kolegů či klientů, ale jsou dostupné na vyžádání. Pro označení respondentů nejsou použita jejich jména, ale číselné označení R1 – R6.

6.4 Metoda zpracování a vyhodnocení dat

Rozhovory jsem v první fázi zpracovala metodou otevřeného kódování. Jak uvádí Gulová a Šíp (2013) a Hendl (2023), kódování textu slouží k jeho rozložení na menší části pro lepší následné vyhledávání společných témat, oblastí, smyslů, znaků a fenoménů. Částmi textu mohou být slova, věty, souvětí i celé odstavce dle jejich smyslu. Při zpracování textu je nutné pracovat s celým textem, je postupně procházen celý doslovný přepis rozhovoru, současně mohou být využívány i poznámky z pozorování a probíhá vyhledávání společných témat a významů. Těm jsou přiřazovány pojmy, kódy.

Přepisy rozhovorů jsem opakovaně četla a procházela a vyhledávala v nich témata související s výzkumnými otázkami a tématem výzkumu. Vypisovala jsem dané pojmy a tvořila tak kódy, které jsem shromažďovala do tabulky. V další fázi kódování probíhá kategorizace, kdy jsou pojmy seskupovány podle společného významu do kategorií. Kategorie mají obecnější význam než kódy (Hendl, 2023). Mezi získanými kódy jsem následně hledala vzájemné vztahy a souvislosti a tvořila tak kategorie kódů. Po zakódování prvních tří rozhovorů vzniklo 72 kódů rozdělených do 7 kategorií. Při kódování dalších rozhovorů jsem získávala další kódy a některé se začaly opakovat. Nakonec jsem rozdělila získaná data do 8 kategorií o celkem 81 kódech.

Po zakódování rozhovorů metodou otevřeného kódování jsem přistoupila k dalšímu kroku zpracování kódů, axiálnímu kódování. V průběhu axiálního kódování se využívají kódy a kategorie získané při otevřeném kódování a pracuje se s nimi hlouběji. Na základě teoretického rámce a cílů výzkumu vyhledává výzkumník různé souvislosti, výskyt podobných znaků a vztahů propojujících vytvořené kategorie (Hendl, 2023). Znovu jsem procházela vytvořený seznam kategorií, podkategorií a kódů a dále se nad nimi zamýšlela. Hledala jsem souvislosti a vztahy mezi kategoriemi, které jsem postupně slučovala a redukovala i na základě společných kódů, které se v nich vyskytovaly. Některé kategorie spolu úzce souvisely tak, že mohly být sloučeny do jedné společné kategorie. Výsledkem celého procesu kódování bylo 5 konečných kategorií o 25 podkategoriích kódů. Souhrn výsledných kategorií a podkategorií kódů je uveden v následující tabulce 3.

Pro zvýšení přehlednosti jsou kategorie očíslovány a podkategorie kódů označeny písmeny a.) - ch.) a je na ně daným označením odkazováno v kapitole 7. Výsledky výzkumu.

Tabulka 3

Výsledný souhrn kategorií a podkategorií kódů

Kategorie	Seznam kódů
1. Silné stránky sociální práce metodou CARE	<ul style="list-style-type: none"> a.) přístup pracovníků - empatie, vstřícnost, ochota, láska; b.) vztah - rovnocenný vztah s pracovníky – respekt, naslouchání, pochopení, pocit bezpečí ve vztahu, podpora, vztahové napojení; c.) sebevědomí, naděje; d.) osobní hledisko v osobně - profesionálním vztahu; e.) sdílení vlastního příběhu, zkušeností, zranitelnosti pracovníka; f.) pracovníci jdou příkladem – charakter, zájmy, životní styl
2. Úskalí sociální práce metodou CARE	<ul style="list-style-type: none"> a.) duševní onemocnění - negativní aspekty nemoci (problém s komunikací, pokles vůle, zájmu, zájmu o fyzické zdraví, motivace, krize); omezená možnost náhledu do světa člověka s duševním onemocněním – pomáhá vlastní zkušenost se zotavením; b.) osobní hledisko v osobně - profesionálním vztahu; c.) odlišná představa plnohodnotného života klienty a pracovníky
3. Silné stránky služby chráněného bydlení	<ul style="list-style-type: none"> a.) podpora ve všech rehabilitačních doménách (životní – práce, bydlení, volný čas; osobní - sociální a rodinné vztahy, sebezpečí, zdraví, vnitřní motivace, osobní rozvoj, psychická podpora b.) odpoutání od rodiny; c.) změna prostředí; d.) dostupnost pracovníků a lékařské péče, propojenost a návaznost služeb; e.) podmínka propuštění z psychiatrické hospitalizace; f.) práce s krizí a jejím zvládnutím, copingové strategie; g.) doprovod - do prostředí, kam se sami bojí - stigmatizace, s nálepkou (instituce, volný čas)
4. Slabé stránky chráněného bydlení	<ul style="list-style-type: none"> a.) pocit izolace od „normálních lidí“ a strach z ohrožení od ostatních klientů v případě krize, zneužívání alkoholu, drog b.) narušení soukromí spolubydlením c.) absolutní zákaz alkoholu d.) kontroly úklidu v pokojích - individuální vnímání pořádku
5. Návrhy ke zlepšení	<ul style="list-style-type: none"> a.) udržování pořádku - kontroly úklidu v pokojích individuálně, jednou za rok kompletní úklid celého domu – klienti, firma b.) lepší ošetření zákazu vstupu nevhodných osob c.) větší důraz na fyzické zdraví a aktivitu d.) posílení práce s přáním v rámci modelu CARE e.) příprava na odchod do samostatného bydlení - posílení práce s fázemi zotavení v rámci modelu CARE, závislost na službě, větší zapojení terénního týmu, podporované bydlení, startovací byty

7 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Zpracováním rozhovorů metodologickým postupem uvedeným v předchozí kapitole 6. Metodologie výzkumu jsem získala výsledné kategorie a podkategorie kódů, které uvádím v tabulce 3 v předchozí kapitole 6.4 Metoda zpracování dat. V rámci vyhodnocení dat a výsledků výzkumu budu v této kapitole využívat popis dat společně s jejich shrnutím a analýzou. Budu popisovat a analyzovat jednotlivá témata, tj. kategorie a podkategorie kódů, získaná v procesu kódování a současně k nim přiřazovat části přímých výpovědí respondentů z rozhovorů. V uvedených přímých výpovědích bude zachováno doslovné znění a budou graficky kurzívou odlišené od ostatního textu, což je jeden z možných postupů pro vyhodnocení dat v kvalitativním výzkumu, jak uvádí Hendl (2023).

Vzhledem k obsáhlosti výsledků výzkumu uvádím pod řešenou výzkumnou otázkou pro lepší přehlednost vždy výsledné příslušné kategorie a podkategorie kódů a v dalším textu na ně budu odkazovat daným číslem a písmenem. Jelikož se některé výsledné podkategorie kódů prolínají a nelze je stroze oddělit, jak v teoretické rovině, tak ve výpovědích respondentů, mohou být výsledky u některých podkategorií uvedeny souhrnně.

7.1 Výzkumná otázka 1

1. Jaké silné stránky a jaká úskalí vidí v práci metodou CARE klienti a pracovníci chráněného bydlení?

První výzkumná otázka byla zaměřena na zjištění přítomnosti aspektů metody CARE v sociální práci v chráněném bydlení a zjištění názorů pracovníků a klientů na její silné stránky a úskalí. Jelikož klienti neznají teorii a metodiku CARE - Podpůrného vztahového přístupu v sociální práci, byly respondenti otázkami v rozhovorech

směřování na vnímání konkrétních aspektů a komponent této metody, jako porozumění, pochopení, podpora, respekt ke klientovi, rovnocenný vztah klientů a pracovníků, práce s přáním, práce s krizí a další.

1. Silné stránky sociální práce metodou CARE

Pro zjištění silných stránek sociální práce metodou CARE byly v rozhovorech pokládány některé konkrétní otázky na podporu, pochopení, rovnocenný vztah pracovníků a klientů a některé otevřené otázky, aby byl zejména klientům poskytnut volný prostor pro vyjádření svých pocitů a názorů na spolupráci se sociálními pracovníky. V rámci analýzy dat jsem získala hlavní podkategorie témat, která považují klienti a pracovníci za nejpřínosnější a vidí v nich nejsilnější stránky sociální práce metodou CARE.

Kategorie	Seznam kódů
1. Silné stránky sociální práce metodou CARE	a.) přístup pracovníků - empatie, vstřícnost, ochota, láska; b.) vztah - rovnocenný vztah s pracovníky – respekt, naslouchání, pochopení, pocit bezpečí ve vztahu, podpora, vztahové napojení; c.) sebevědomí, naděje; e.) sdílení vlastního příběhu, zkušeností, zranitelnosti pracovníka; f.) pracovníci jdou příkladem – charakter, zájmy, životní styl

1. a.) přístup pracovníků - empatie, vstřícnost, ochota, láska

b.) vztah - rovnocenný vztah s pracovníky – respekt, naslouchání, pochopení, pocit bezpečí, podpora, vztahové napojení

c.) sebevědomí, naděje

Z odpovědí respondentů jasně vyplynulo, že v přístupu sociálních pracovníků klienti vnímají komponenty metody CARE, a to jako velmi cenné a posilující. Nejvíce si cenní empatie, vstřícnosti, naslouchání, ochoty a podpory pracovníků, a to jak aktivní podpory vyjádřené uznáním, pochopením, dodáváním naděje a motivace, tak i podpory pouhou přítomností pracovníků ve chvílích, kdy se klient necítí dobře. V jednom případě respondent označil pocit přijetí, který od pracovníků cítí, slovem láska. Otevřenost a

vstřícnost pracovníků pomáhá klientům překonávat vlastní bloky v komunikaci a učit se komunikovat jiným způsobem.

Vzájemný vztah s pracovníky vnímají klienti jako rovnocenný a necítí se méněcenní, což jim dodává sebedůvěru a sebevědomí. Uvedené aspekty vzájemného vztahu s pracovníky klientům dodávají pocit bezpečí a důvěry v tomto vztahu a dovolují jim být k pracovníkům ve spolupráci otevření a upřímní.

„... Vnitřní motivace, sebevědomí, naděje a sociální vztahy...

... jsem spokojená, že mě berete jako rovnocennou, že se necejtím jako outsider jo jo jo, s takovým lidským přístupem, jako máte lidský přístup. ...Cítím respekt, cítím, že sem rovnocenná, lidský přístup, lásku a pochopení.... ...že mám tady psychickou podporu, když je mi třeba smutno, že můžu dojít dolů do kanceláře a můžu si, s kým si mám popovídatNo tím, že jsem vlastně tady, jsem takovým bezpečným prostředím.“ (R1)

„... udivuje mě, do jak velké míry nás pracovníci vnímají, jako sobě rovné. Obecně projevují empatii plus berou do práce různá zvířata. Cítím od nich, pracovníků, pochopení a přijetí....“ (R2)

„ Tak za mě si myslím, že ten rovnocenný vztah je. Úplně teda nevím, jestli to tak vnímají i klienti. Ale snažím se nějak, aby nevnímali mě a zbytek týmu jako autoritu, že že jim něco nakazujem, nebo nebo že musí poslouchat to, co my jim řekneme, aby oni sami si řekli, co chtějí a potřebují a my abysme tam byli pro ně a ne je hlídali a kontrolovali.“ (R6)

Sebevědomí a naději dodává respondentům také to, že se přesvědčí, že dokáží žít samostatně, i když prozatím s vhodnou podporou v chráněném bydlení. Po mnohých neúspěšných pokusech v minulosti často sami sobě i svým rodinám dokáží, že jsou již schopni samostatně hospodařit a převzít zodpovědnost za sebe a svůj život. To má další pozitivní vliv na jejich vidění sama sebe, sebedůvěru, přání, motivaci, plány do budoucnosti a zlepšení jejich rodinných a sociálních vztahů.

„ No a přání je už to, že jsem, jako už jenom to, že člověk přijde z jinýho města, je drogově čistej. Trošku mi dalo jako jinej úhel do života, co se mi zlepšilo. Jako mám větší chuť žít, jako mám, i to má nějaký smysl, jako že jako to má smysl. Ale teď jako teď vidím světlo na konci tunelu a že, že jako je mi líp, jako se to otočilo ne úplně, jakože bych úplně, ale jako bych vstala z mrtvých. “ (R1)

„... Že se osamostatní, že si vyzkouší bejt sami se sebou. Naučí se takové ty základní věci jako vaření, úklid a tak. ... A zároveň získají nějaké sebevědomí, který do té doby třeba neměli. A i to, že se můžou obrátit na ty pracovníky, který tam jsou. To si myslím, že je výhoda, než to, že by šly rovnou někam sami bydlet. “ (R6)

Do otázek pro pracovníky byly zakomponovány dvě dvojice otázek, kdy první z otázek zjišťovala jejich vlastní názor na dané téma a druhá otázka se dotazovala na stejné téma, zda ho jsou schopni vidět očima klientů. Tyto dvojice otázek byly zakomponovány z důvodu ověření aspektů metody CARE, a to vzájemného vztahového napojení pracovníků a klientů. Získané odpovědi pracovníků a klientů byly téměř shodné a prokázalo se tak, že pracovníci mají s klienty dobré vzájemné vztahové napojení a osobní pouto, čímž byla potvrzena tato významná komponenta metody CARE týkající se vzájemného vztahu.

„... No to bylo asi ta, to bydlení a psychologická podpora, že jo. “ (R1)

„... No ono, jako se tady nabízí říct to bydlení, že jo mít kam jít, což, což možná bych dala na stejnou úplně laťku důležitosti s tím, že mají někoho kdo, na koho se můžou obrátit a mít nějakou jistotu. Jo, jo, že to je úplně jako ruka v ruce, že bych oddělila bydlení a nebo jistota mít oporu, že to je úplně na stejné linii. To je důležité. “ (R3)

„... Že tady jsme a že je vyslechneme a ne to, že s nima trémujeme a tady toto. ... ta naše přítomnost prostě podpora. Jakoby to bezpečí, že jsme tu. “ (R4)

1. d.) osobní hledisko v osobně - profesionálním vztahu

Ve výpovědích se také v několika případech objevilo osobní, individuální hledisko navázání osobně-profesionálního vztahu, kdy hraje roli i základní sympatie či pocit blízkosti mezi lidmi, které je předpokladem snazšího navázání vzájemného vztahu. Určení pracovníci tak s určitými klienty lépe najdou společnou řeč stejně jako v běžných vztazích mezi lidmi. Toto hledisko se ve výsledcích výzkumu objevilo jak v silných stránkách tak v případných úskalích sociální práce metodou CARE.

„... nějaká duše tam samozřejmě může být... No nějaká duše, jako prostě k tomu pochopení... jo, jo, určitě jo.“ (R5)

„... Já asi rovnocennější vztah s těmi klienty mám si myslím, že ano, samozřejmě s někým si to trošičku dovolím pustit na víc. Nechci říct úplně kamarádské bázi, to bych tak asi nestavěla, ale na tý rovnocenné.“ (R3)

1. e.) sdílení vlastního příběhu, zkušeností, zranitelnosti pracovníka;

f.) pracovníci jdou příkladem – charakter, zájmy, životní styl

Ve výzkumu se prokázalo, že sociální pracovníci vědomě využívají metodické kroky sociální práce metodou CARE a přikládají velký význam budování a udržování vzájemných vztahů s klienty. Jako další významné prvky posilující vzájemný vztah pracovníků a klientů a tím i celou spolupráci bylo nejčastěji ve výpovědích uvedeno sdílení vlastního příběhu a zkušeností pracovníka. Klienti velice kladně hodnotili otevřenost pracovníků v komunikaci a sdílení svých osobních zkušeností, případně zájmů a zapojování klientů do nich. Svým přístupem, životem a zkušenostmi pracovníci klienty motivují a jdou jim v některých případech příkladem, že je možné zvládnout a překonat mnohé události v životě.

„... Pracovníci s námi do značné míry i sdílejí vlastní příběhy, snaží se dokonce zkloubit některé své zájmy s těmi našimi, otužování, venčení psa, dovolené, atd... Takže ano, pociťuji do značné míry rovnocenný vztah s pracovníky...“

...Citím empatii plus mám pocit, že ti lidé jsou vyrovnaní a mají charakter. Vnášejí sem

ale kvality, které jsou potřeba. Jdou v mnohém příkladem.“ (R2)

„... Je to sakra důležitý, protože není to jednoduchý, záleží, ale záleží i na mně, i na klientovi jako jak si dovolíme navázat, jak si dovolíme ten vztah, ale i já no, jak si dovolíme ho posunout. Já se snažím vždycky vcítit do toho, co co ten člověk aktuálně prožívá.“ (R4)

2. Úskalí sociální práce metodou CARE

Původně byla tato druhá část první výzkumné otázky zaměřena na slabé stránky sociální práce metodou CARE. Jelikož v průběhu výzkumu nevyplynula při rozhovorech žádná slabá stránka používání metody CARE – Podpůrného vztahového přístupu v praxi, zaměřila jsem tuto otázku v konečném znění na úskalí sociální práce metodou CARE ve smyslu možných rizik či komplikací, které ztěžují sociální práci touto metodou u cílové skupiny lidí s vážných dlouhodobým duševním onemocněním.

Kategorie	Seznam kódů
2. Úskalí sociální práce metodou CARE	a.) duševní onemocnění - negativní aspekty nemoci (problém s komunikací, pokles vůle, zájmu, zájmu o fyzické zdraví, motivace, krize); omezená možnost náhledu do světa člověka s duševním onemocněním – pomáhá vlastní zkušenost se zotavením; b.) osobní hledisko v osobně - profesionálním vztahu; c.) odlišná představa plnohodnotného života klienty a pracovníky

2. a.) negativní aspekty nemoci (problém s komunikací, pokles vůle, zájmu, zájmu o fyzické zdraví, motivace, krize); omezená možnost náhledu do světa člověka s duševním onemocněním

Z rozhovorů vyplynulo, že jednu skupinu možných úskalí při práci metodou CARE tvoří úskalí spojená s duševním onemocněním. Jedná se tedy o specifická úskalí vycházející z práce touto metodou s cílovou skupinou lidí s duševním onemocněním. Zjištěná úskalí

vychází z přetrvávajících symptomů nemoci, případné krize klienta a omezené možnosti náhledu do světa člověka s duševním onemocněním.

V případě krize často pracovník musí převzít za klienta zodpovědnost a v případě potřeby za něj rozhodnout. Vztah a spolupráce může tak dočasně přejít k direktivnější formě. Spolupráci metodou CARE mohou ztěžovat i negativní symptomy nemoci jako uzavřenost klienta, problémy s komunikací a navazováním vztahu nebo ztráta či pokles vůle a motivace. V důsledku těchto symptomů může klient působit laxe, s nezájmem o komunikaci a celkové dění ve svém okolí. Napomoci zlepšení jeho stavu a rozpoložení může úprava medikace lékařem. Sociální pracovníci se i tak snaží s klientem navázat komunikaci a v rámci možností s ním pracovat alespoň v omezeném rozsahu. Snaží se i za použití písemných nástrojů metody CARE, zmíněných v kapitole 4.6 Písemné nástroje modelu CARE, hledat s klientem oblasti jeho zájmu, které by mu mohli pomoci rozvíjet, pracují s ním na odhalení jeho přání, která by mu dodávala motivaci a vůli. Často s ním zpočátku hovoří jen o nemoci a tématech, o kterých je ochoten hovořit, a pomáhají mu tvořit strategie pro překonání nepříjemných pocitů a stavů, které mu brání v plnohodnotnějším životě.

„Tak mě jako první napadlo, když je klient v krizi, že to úplně nejde.“ (R6)

„... aby si dokázali oni říct, když nedokážou se sami zvládnout při nějakým zhoršením. Ono je hrozně důležitý, aby... ale někdo prostě tu medikaci nebere, a ale to je v relapsu.“ (R4)

„... ale jezdím autobusem taky někdy, málokdy, tak tam různý lidi, který si na mě ukazují, nebo se i domlouvají, že by mi snad možná vzali třeba i kabelku, nebo takovýhle věci, nebo koukají na mě. Jak to, že jsem takhle oblečená.“ (R5)

„... Teoreticky by mi mohli pomoci s vařením či úklidem, ale to bych si o to musel nejdříve říci. ... u tak labilního jedince, jako jsem já, je velice těžké vytvořit životaschopný plán.“ (R2)

Ve dvou případech zazněly v rozhovorech i limity možností náhledu a pochopení člověka s duševním onemocněním, které mohou mít pracovníci, kteří nemají s duševním onemocněním zkušenost. Pochopení klientů usnadňuje vlastní zkušenost pracovníka se zotavením v jakékoli životní oblasti, kdy zotavení neznamená pouze zotavení z duševního onemocnění, ale z jakékoli těžké životní události, situace či nemoci. Lidé s duševním onemocněním se mnohdy cítí jiní, zvláštní či divní a oddělení od lidí bez nemoci. Toto úskalí pomáhá překonat silná stránka metody CARE, 1. f) sdílení vlastních zkušeností, příběhů a zranitelnosti pracovníka. Dokáže se tak mnohem lépe vžít do klienta a soucítit s ním, ačkoli absolutní pochopení prožívání všech aspektů vážného duševního onemocnění možné bez vlastní totožné zkušenosti není.

„Pracovníci nemají šanci pořádně pochopit temné hlubiny mé duše. Jak taky, člověk se musí dostat na stranu klienta, být psychicky nemocný, aby plně pochopil onen vnitřní pohled. Individuálně ale ano, cítím pochopení.“ (R2)

„... Že je beru rovnocenně. Je to skrze i to, že jsem handicapovaná, takže já si myslím jako někdy fakt mám výhodu oproti vám, že třeba o té klientky velkou, že. Ona mi to pořád říká jako. Ona říká, že dovedu pochopit, co ona prožívá ale, že mě svým způsobem obdivuje, a já jí to hned vyvrátím. Já jí řeknu, každá to máme jiný, každá jsme si prošly něčím jiným, ale pro tu každou z nás to bylo to nejhorší, co jsme zažily a dostaly jsme se z toho.“ (R4)

„... A jinak jako lidský přístup a podporu a vždycky dojdou. Anebo když jsem smutná, že mi jako podáte ruku, že jo, já si myslím, že máte taky problémy jako. Ale vždycky nám jako pomůžete, jako když jsem jako v prdeli a přijdu za váma a vy třeba taky něco řešíte. Možná ještě větší problém než já. Já řeším třeba minimální. A vy mi přesto pomůžete.“ (R1)

2. b.) osobní hledisko v osobně - profesionálním vztahu

Ve výpovědích bylo opět zmíněno osobní hledisko ve smyslu, že někteří lidé si spolu přirozeně lépe rozumí a spolupráce i komunikace je pak přirozeně snazší a naopak. To

potvrzuje i teorie metody CARE, kdy při dobře navázaném osobně – profesionálním vztahu dochází ke stírání hranic a rolí mezi pracovníkem a klientem a dochází k „setkání člověka s člověkem“. V případě, že by se klientovi a jeho klíčovému pracovníkovi nedařilo si porozumět, mají vždy možnost domluvit se na ukončení vzájemné spolupráce a změně klíčového pracovníka.

„... já, ale nevím, jestli to je vůči mně, nebo jen on, jestli to má obecně. Vůči pracovníkům nebo lidem. On mi ale jednou řekl, že má, že má velkej problém v komunikaci.“ (R4)

„... Asi bych to specifikovala takhle u někoho mám vztah... víc komunikativní a víc dokážu s klientama s některýma mluvit o velmi osobních věcech a u některých si třeba představit ne.. nebo umím, ale bylo, bylo by to takové hodně strohý profesionální.“ (R3)

„... ale mám někdy blbou náladu, takže jako já přijdu, a když mi zrovna není příjemná ani jedna, tak prostě rychle zavřu a jo jo jo a jdu támhle a támhle a nashledanou to takhle já reaguju na spoustu lidí.“ (R5)

2. c.) odlišná představa plnohodnotného života klienty a pracovníky

Určité úskalí v budování vztahu s klientem a v jeho pochopení nastává v případech odlišných představ plnohodnotného života klienty a pracovníky, v případech konfliktu s vlastním systémem hodnot, způsobem výchovy nebo při určitých špatných osobních zkušenostech pracovníků v minulosti. Klienti mívají často jiné představy plnohodnotného života, ať v oblasti náplně volného času, péče o své fyzické zdraví či péče o svůj životní prostor a úklid. Někteří z klientů mají duální diagnózu, tzn. duševní onemocnění a závislost, zkušenosti s drogami, které mohly v některých případech být spouštěči duševního onemocnění. Někteří mohli být v minulosti pachateli trestných i násilných trestných činů. Jak vyplynulo z rozhovorů, tyto skutečnosti mohou komplikovat a ztěžovat pracovníkům pochopení a porozumění klientovi, přesto se však pracovníci snaží tato úskalí překonávat, vidět klienty bez předsudků, s respektem a nadějí v jejich současné životní fázi.

„... Pochopit. Někdy musím na tom hodně pracovat, jo, abych pochopila. Protože samozřejmě už spoustě klientů vyvolalo tu nemoc to, že měli nějakou závislost a já jsem byla vychovaná úplně jinak, žiju úplně jinak. Tak to jsou věci, přes které u mě vlak nejede, takže tam tam hodně musím, musím pracovat s tím, abych to dokázala. ... Ale zdá se mi, že tím, jak se právě až tak moc zabývají tím svým zdravím, že vlastně ho řeší až na posledním místě, to fyzický.“ (R3)

„... A uživatelé, jako ty uživatele, který přestali jako to je dobrý, ale mám problém. Ale snažím se to potlačovat. Skrze to, že jsme to měli v rodině to užívání a bylo to problémový.“ (R4)

„... Zároveň respektovat i přesně to, že nemáme úplně stejné představy o životě, jako mají oni. Takže respektovat to, že oni oni mají prostě jiný představy a zároveň ale podporovat v tom, že třeba chtěj něco jinýho.“ (R6)

7.2 Výzkumná otázka 2

2. Jaké silné a slabé stránky má podle klientů a pracovníků služba chráněného bydlení?

V rámci druhé výzkumné otázky byla téměř polovina z 20 otázek v rozhovoru zaměřena přímo na službu chráněného bydlení. Otázky byly dvojího typu, kdy se na jedné straně doptávaly přímo na službu chráněného bydlení, na jeho největší přínosy, nejdůležitější oblasti podpory pro klienty, pravidla služby, pocit bezpečí a slabé stránky služby. Na druhé straně se doptávaly na praktické činnosti poskytované službou v oblasti podpory samostatného bydlení, finančního hospodaření, užívání medikace, volného času i poskytované pracovníky mimo chráněné bydlení, v terénu, jako doprovody na různé instituce, veřejné akce i volnočasové aktivity. Těmito různorodými otázkami jsem chtěla

co možná nejvíce komplexně postihnout veškeré oblasti, ve kterých služba klientům podporu poskytuje.

Silné stránky služby chráněného bydlení

V první otázce rozhovoru jsem pro lepší orientaci respondentů v tématu uvedla přehled hlavních rehabilitačních domén, životních i osobních, které jsou uvedeny v tabulce 2 v kapitole 3.3 Psychosociální (psychiatrická) rehabilitace. Při zodpovězení první otázky svoji odpověď většina respondentů více rozvedla a odpověděla zároveň i na druhou otázku. Při položení druhé otázky se vraceli ke své předchozí odpovědi, kterou často znovu hodnotili a jmenovali rehabilitační domény dle důležitosti ze svého individuálního hlediska.

Další otázky již byly směřované do žité praxe v chráněném bydlení.

Kategorie	Seznam kódů
3. Silné stránky služby chráněného bydlení	a.) podpora ve všech rehabilitačních doménách (životní – práce, bydlení, volný čas; osobní - sociální a rodinné vztahy, sebepéče, zdraví, vnitřní motivace, osobní rozvoj, psychická podpora b.) odpoutání od rodiny; c.) změna prostředí; d.) dostupnost pracovníků a lékařské péče, propojenost a návaznost služeb; e.) podmínka propuštění z psychiatrické hospitalizace; f.) práce s krizí a jejím zvládnutím, copingové strategie; g.) doprovod - do prostředí, kam se sami bojí - stigmatizace, s nálepkou (instituce, volný čas)

3. a.) podpora ve všech rehabilitačních doménách (životní – práce, bydlení, volný čas; osobní - sociální a rodinné vztahy, sebepéče, zdraví, vnitřní motivace, osobní rozvoj, psychická podpora)

Respondenti se ve svých odpovědích shodli, že chráněné bydlení poskytuje podporu ve všech rehabilitačních doménách, životních (bydlení, práce, studium, volný čas / rekreace) i osobních (sebepéče, zdraví, účel a smysl, sociální vztahy) podle individuální míry potřeb. Jako nejvýznamnější oblasti podpory uvedli podporu a jistotu v bydlení,

včetně jeho cenové dostupnosti, a oblast práce. Jistota a pocit bezpečí v bydlení klientům umožňuje věnovat se a zvládnout oblast práce. Oceněna byla i podpora pracovníků při hledání a vykonávání práce, kdy pracovníci mohou být klientům nápomocní konzultací problémů v souvislosti s prací, dopomocí s ranním vstáváním nebo pomocí s komunikací se zaměstnavatelem. Oblast bydlení v rámci odpovědi zahrnuje i podporu v činnostech, které se bydlení týkají jako pomoc s hospodařením, s péčí o byt, s vařením, s obsluhou spotřebičů, hospodařením s finančními prostředky atd. V rámci osobních domén považují za nejsilnější stránku podpory v chráněném bydlení psychickou podporu, díky které získávají sebevědomí, sebejistotu a další motivaci, které patří do další osobní domény, osobního rozvoje.

„... No myslím si, že když přijdou tak na začátku to že se na nás můžou obrátit v rámci té domácnosti. Takže přesně přijdou, že neumí si třeba uvařit neumí, nevím se spotřebičem, takže naučit tohle. Zároveň pomoci s těma financema, protože spousta z nich třeba ty finance ani nemá, takže pomoc vyřídít nějaký příspěvky dávky, invalidní důchody. A pak se naučit s tím vycházet. A ale asi jako úplně nejvíc si myslím, že to je ta psychická podpora. Už jenom to si popovídat a nebejt sám.“ (R6)

„... ten nájem je prostě úžasnej, kde bych na to vzala, kdybych bydlela na ubytovně, tam bych musela platit o tisíce víc a kdybych měla svůj byt, ještě víc. A takže určitě práce, ta doména možná práce... jako hlavní téma mého životního stylu...“ (R5)

„... Já si myslím, že největším přínosem je právě ta naděje, že těm lidem dáváme naději, že můžou plnohodnotně žít, protože byt třeba z našeho pohledu to nemusí bejt plnohodnotný bydlení, protože my bysme si to samozřejmě představovali to bydlení jinak, ale pro ně je to jako velmi dobrá, jasná realita a je v tom ta naděje.“ (R3)

„... No to je asi klient od klienta, protože někdo samozřejmě potřebuje hodně pomoci s tím finančním hospodařením. Někdo je zase samostatnější a nemusí vůbec mít žádný žádný doprovod. Někdo zase domácnost zvládá perfektně, takže si myslím, že tyhle body ta podpora v těchto bodech je velmi důležitá, ale pro každého jako klienta jednotlivě. Individuálně.“ (R3)

3. a.) osobní doména – sociální vztahy

b.) odpoutání od rodiny

c.) změna prostředí

V rámci zlepšení životní situace v průběhu psychosociální rehabilitace v chráněném bydlení uvedli respondenti i zlepšení svých sociálních vztahů, často zlepšení vztahu s rodiči a rodinou i budování nových přátelských vztahů. V rámci rodinných vztahů respondenti uvádějí zlepšení v případech, kdy byly tyto vztahy v minulosti i z důvodu nemoci a psychotických stavů narušené či zpřetrhané.

Druhou skupinu tvoří klienti, kteří v minulosti dlouhodobě samostatně ještě nežili nebo se pokusili ale neúspěšně. V mnoha takových případech mívají s rodiči vztahy dobré, ale kvůli strachu z nemoci a domnělé nesamostatnosti až přehnaně blízké, závislé a patologicky ochranné. I tito respondenti uvedli zlepšení rodinných vztahů a jako další přínos odpoutání od rodiny a změnu prostředí, kdy rodina díky schopnosti samostatného života respondenta k němu získala větší respekt a důvěru.

„Ano, poskytuje mi zázemí pro mou práci v blízkosti a možnost se do určité míry odpoutat od mé rodiny.“ (R2)

„ Protože hodně našich klientů má s rodičema vztah jakože až patologicky, že že jsou až za ručičku jako voděný a zase naopak některý právě že vůbec. A ty tady mají vztahy třeba s těma, s námi nebo s klientama. A najdou si ty přátelé i mimo, že v práci třeba a nebo v těch dílnách, mají nový.“ (R4)

Změnu prostředí jako silnou stránku uvedli i respondenti, kteří v minulosti samostatně již žili, ale ve svém původním prostředí, např. jiném městě, měli v minulosti škodlivé sociální vztahy a byli napojeni například na tamní drogovou komunitu. Díky změně prostředí si v současnosti mohou budovat již kvalitní sociální vztahy a začít znovu v novém prostředí.

„... s maminkou mám teď lepší vztahy, co jsem odešla z toho města, drogově čistá. Jo takže všechno se zlepšilo díky tomu, že jsem se odstěhovala sem, že mám vlastně a mám

bydlení. Všechno se jako zlepšilo, jako kdybych zabila mouchu několik much jednou ranou.“ (R1)

„ Protože většina, když se s nima bavím, tak se bojí, tak mají obavu z toho, aby se nevrátili do toho prostředí, v kterým třeba měli nějakou drogovou kariéru a jsou od ní daleko. A jsou tady v bezpečí, takhle bych to vnímala.“ (R3)

3. d.) dostupnost pracovníků a lékařské péče, propojenost a návaznost služeb

Další silnou stránkou služby chráněného bydlení identifikovanou při výzkumu je dostupnost pracovníků, zapojení služby do systému služeb, propojenost s ostatními službami a jejich návaznost. Respondenti kladně hodnotili propojení sociálních a zdravotních služeb v rámci multidisciplinárního zaměření služby, díky kterým mají k dispozici kromě podpory v chráněném bydlení, také terénní sociální pracovníky, zdravotníky a psychiatrickou a psychologickou lékařskou péči. S lékaři v rámci multidisciplinárního týmu Centra duševního zdraví, kterého je chráněné bydlení součástí, mohou konzultovat své akutní problémy i telefonicky. V případě potřeby je jim nabídnut termín návštěvy v rámci několika dnů, což v případě soukromých i státních lékařských služeb nebývá většinou možné. Velice kladně oceňují pozornost a množství času, které jim lékaři věnují. Léčba je s klienty i pracovníky chráněného bydlení konzultována a klienti se na ní mohou aktivně podílet svými nároky i na vhodnost a individuální snášenlivost léků a jejich dávkování.

Podpora multidisciplinárního týmu je velice důležitá i pro pracovníky chráněného bydlení. Při zhoršení psychického stavu klienta mohou jeho stav a další kroky jednání s klientem konzultovat se všemi členy týmu i lékaři. Klient je při výraznějším zhoršení stavu či krizi ihned umístěn na Fact tabuli (Fact board), je o tom informován a při každodenních poradách celého týmu je jeho stav monitorován a řešen. Zapojují se všichni členové týmu a plánují se další kroky. Po celou dobu umístění na Fact tabuli je klient navštěvován i několikrát denně a je mu věnována zvýšená péče až do stabilizace a zlepšení stavu, kdy je z Fact tabule odebrán a spolupráce nadále pokračuje standardně.

„... Zdraví. Je tady a mám tady doktoru díky Fokusu lepší. To jsem spokojená s paní doktorkou. Mám tady psycholožku, to jste mi taky dohodili vy, ta je výborná, to jsem s ní taky spokojená to, takže jako o mně o mně je pečováno, no sociální vztahy s maminkou, mám teď lepší vztahy... Tak bydlení je život, existenční jako věc, to se řeší vždycky jako jo, ale pak jako ta doktorka ta psycholožka jako to je taky to a taky, že mám tady psychickou podporu, když je mi třeba smutno, že můžu dojít dolů do kanceláře a můžu si, s kým si mám popovídat.“ (R1)

„... když je nějaký problém, tak vy jí zavoláte, nebo já jí zavolám a vždycky jako je k dispozici, je to, ale což by se mi jinde nestalo. U mé doktorky, to bych teda čekala na objednání a to a prostě tady máte lepší tu psychiatrickou péči.“ (R1)

A i zdraví docela je na dobré úrovni tím, že má že spolupracujeme s terénem, že ty, že to máme ošéfovaný skrze zdravotníky a že vlastně oni mají zdravotníka z terénu většinou jako sparing partnera sociálního pracovníka.... jo a hlavně když začínají, třeba se horšit, tak my navážeme, hned si všimneme právě díky Factu a terénu zvenku, potažmo zdravotníků. A to je super.“ (R4)

„... Ano, když se odvážím jít do kanceláře ..., tak s pracovníky dost věci konzultuji.“ (R2)

3. e.) podmínka propuštění z psychiatrické hospitalizace

V rámci propojenosti a návaznosti služeb se v rozhovorech objevila další silná stránka služby přínosná pro klienty, kteří nastoupili do chráněného bydlení z hospitalizace v psychiatrické nemocnici. Vzhledem k předchozím dlouhodobým či opakovaným hospitalizacím často psychiatrická nemocnice podmíní propuštění klienta nástupem do služby chráněného bydlení. Je to tak jediná možnost klientů, jak hospitalizaci opustit. Tato podmínka je také platná pro propuštění z hospitalizace v případě soudně nařízené ústavní ochranné léčby po spáchání trestného činu ve stavu snížené přičetnosti vlivem duševního onemocnění. Klientova léčba je následně převedena z ústavní na ambulantní a musí pravidelně docházet na kontroly k soudně určenému lékaři v oboru psychiatrie.

„... Ano anebo přínos, že vlastně v psychiatrické nemocnici nemají možnost, nemají možnost říct ne. To je totiž bod, ve kterém když se začne někdo angažovat a mluvit, tak je to nejsilnější téma. Mám kde bydlet, budu mít kde spát. Mám na to peníze, nebudu na to mít peníze a mám na to samozřejmě peníze. Tak proč bych nemohla bydlet? A to je trošku moc nezajímá, ale ta podpora ano o tom bydlení, to je pravda, no. Je to, že kdyby to bylo, jenom do služby.“ (R5)

3. f.) práce s krizí a jejím zvládnutím, copingové strategie

Součástí sociální práce v chráněném bydlení metodou CARE je také práce s krizí a jejím zvládnutím, práce se strategiemi pro zvládnutí příznaků nemoci, stresu a nepříjemných pocitů, tzv. copingové strategie. Pracovníci pro zvyšování své profesní kvalifikace absolvují v rámci povinného vzdělávání pravidelné kurzy zaměřené na duševní zdraví a onemocnění a práci s nimi. Kromě vzdělávání v rámci svého zaměstnání mají často již mnoho zkušeností a znalostí ze svého předchozího osobního i profesního života. Mezi jejich zájmy často patří zdravé životní návyky, zájem o fyzické i psychické zdraví, sport, příroda, umění či chov domácích zvířat. Díky tomuto osobnímu zaměření a získaným znalostem mohou pracovníci lépe klientům pomáhat nejen poskytováním inspirace a různých rad v oblasti zdraví a volného času, zmíněných v předchozím textu výsledků výzkumu. Své znalosti a dovednosti mohou uplatnit i při pomoci klientům tvořit různé strategie pro zvládnutí příznaků nemoci, stresu a nepříjemných pocitů, což při výzkumu vyplynulo jako další silná stránka chráněného bydlení.

„... Jako nabízí mi způsob řešení mého problému, který většinou využiju. Anebo mi stačí jenom, že se mnou jsou v té situaci, kdy mi je smutno. ... To prostě přijde, nebo ta deprese přijde v takovém stavu, anebo zase já mám třeba trošku jinou tu poruchu, když se mi naopak tak veselá. A že to pracovníci musí vydržet. Moje manické stavy, že mě musí ukočírovat zase že. Strategie se učíme třeba pouštět si hudbu nebo uklízet, nebo volám i mamince. ... Vymejšlim strategie i sama pak se poradím. No a nějak to tady jako učím se každý den, ale nejde to jako lusknutím jakože víš že že bych se 1 den naučila prostě zvládat nepříjemné pocity a druhý den už je neměla, jakože že to je dlouhodobě jako trénink.“ (R1)

„... Dokavad jsem se třeba nenaučila dejchat v panický atace, tak jsem myslela, že umřu. A teďka vim, že už tu nejhorší ataku nikdy mít nebudu, protože to utnu a dělám to já sama pro sebe. Já už mám ten pocit bezpečí, jako že už se nebudu bát, že umřu.“

(R4)

„Ano, pracuji s mými nepříjemnými pocity...“ (R2)

„... ta naše přítomnost prostě podpora. Jakoby to bezpečí, že jsme tu. A nakonec jsou i rádi, když mají nějaký relaps, že jsme jim pomohli, že potom jsou samozřejmě jsou na nás mnohdy naštvaní, ale když se vrátí (z nemocnice), tak pochopí, že ještě že jsem byl v chráněném bydlení bůhví, jak by to dopadlo, jo, že jsme to v těch počátcích utli...“

(R4)

3. g.) doprovod - do prostředí, kam se sami bojí - stigmatizace, s nálepkou (instituce, volný čas)

V průběhu rozhovorů z odpovědí vyplynulo, že klienti trpí v běžné společnosti určitými pocity stigmatizace a sebestigmatizace. Mívají často problém s navazováním nových vztahů a trpí osamělostí. Menší potíže se seznámením a navázáním nových kontaktů mívají mezi ostatními klienty, se kterými žijí v chráněném bydlení nebo se potkávají v denním Centru sociální rehabilitace, tzv. dílnách, kam v různé dny docházejí na každodenní program. V rámci běžné populace sami sebe často pokládají za odlišné či divné. S ohledem na tyto skutečnosti si klienti velice cení doprovodů na různé instituce, veřejné akce či volnočasové aktivity, kam by se sami neodhodlali. Doprovody sociálních pracovníků využívají individuálně od doprovodů k lékařům, na úřady, úřední a soudní jednání, po doprovody na nákupy, do knihovny, na přednášky, plavání i prohlídky bytů před jejich plánovaným stěhováním do samostatného bydlení. Mnohdy při doprovodech vše vyřizují sami, ne vždy požádají o přímou pomoc, ale už přítomnost pracovníka jim dodává odvalu, jistotu a pocit většího bezpečí. V rámci psychosociální rehabilitace nechávají pracovníci klienty jednat co nejvíce samostatně, po návratu

konzultují proběhlé události a hledají společně způsoby, jak posílit klientovi schopnosti a kompetence pro budoucí samostatné zvládnání daných situací.

„... když jako občas využívám doprovodu, něco si zařídím sama, ale je to snazší jít s někým na ty úřady nebo vyřizovat. Taky já jsem nervák, takže nebo labilní a hned bych šla do otáček jako jo. Zatímco když jsem třeba s někým, tak on to hezky vyřídí. Takový to je takový klidný a má ty zkušenosti a víte v čem jako to, tak toho využívám. ... nebo ty lidi na mě koukaj jsem divná, trošku jsme je divný, my my jsme je divný, my duševně nemocný.... Třeba tady jsem si udělala pár známých jo. Ale nebo v dílnách se člověk seznámí, ale tam jsou taky invalidi.“ (R1)

„... Ale zase je pro ně důležitý i že podpoříš, když s nima jdeš někam, kam oni se bojejí. Protože je tam berou s nějakým s nějakou nálepkou a ty tam jdeš vlastně s nima a nemusíš ani mluvit, ale tím je podpoříš na ten úřad. To je taky hrozně důležitý, protože oni sami by tam nezašli. A pro ně je důležitý, že ty to pro ně uděláš. A oni se nemusí při tom cejtít méněcenně. Protože ty úřady, co si budeme říkat, to v nich vyvolávají ty pocity.“ (R4)

„... Kultura jezdíme do divadla. To se mi líbí, protože kdybych bydlela sama někde to, tak sama bych asi těžko šla do divadla, že. No, takže s tou kulturou mi pomáhá a nebo do knihovny taky...“ (R1)

„Samozřejmě nabízí spíše lokální akce typu, divadlo, turistika, plavání, fotbal, a tak dále, velice intenzivně. A rozhovorem a empatií.“ (R2)

4. Slabé stránky služby chráněného bydlení

Pro zjištění názorů respondentů na nedostatky či slabé stránky služby chráněného bydlení z jejich hlediska byla v rámci rozhovorů položena jedna konkrétní otázka na slabé stránky služby. Za touto otázkou následovala otázka dotazující se na to, co by na

službě změnili. I při zodpovídání této otázky zaměřené ve výzkumu na 3. výzkumnou otázku respondenti ve většině začínali své odpovědi znovu zmíněním a hodnocením slabých stránek, které na službě vidí. Třetí otázka, při které respondenti o slabých stránkách hovořili, byla otázka dotazující se na vnímání pravidel v chráněném bydlení v závěrečné části rozhovoru.

Některé slabé stránky, které respondenti nejdříve uvedli, při odpovídání na další otázky znovu zvažovali a přehodnocovali a nakonec je jako slabé stránky neuvedli. Stalo se tak například v případě absence noční služby či nočního hlídače v chráněném bydlení, kdy nejdříve považovali absenci takové služby za slabou stránku. Po následném přehodnocení uznali rehabilitační přínos toho, že v určité časy a dny není služba přítomna a tím je zodpovědnost za řešení případných problémů na klientech stejně tak, jako to bude v jejich samostatném bydlení. Pro naléhavé případy v době, kdy v chráněném bydlení není služba, vždy někdo z pracovníků drží pohotovostní službu na telefonu s možností osobně přijet, takzvaný krizový telefon, který klienti mohou využít. Pro všechny případy mají všichni klienti v bytech seznam základních telefonních čísel na pohotovostní lékařskou záchrannou službu, hasiče, policii, místní technické služby a krizové linky psychické pomoci.

Kategorie	Seznam kódů
4. Slabé stránky chráněného bydlení	a.) pocit izolace od „normálních lidí“ a strach z ohrožení od ostatních klientů v případě krize, zneužívání alkoholu, drog b.) narušení soukromí spolubydlením c.) absolutní zákaz alkoholu d.) kontroly úklidu v pokojích - individuální vnímání pořádku

4. a.) pocit izolace od „normálních lidí“ a strach z ohrožení od ostatních klientů v případě krize, zneužívání alkoholu, drog

Jako jedna ze slabých stránek zazněl v rozhovorech pocit izolace od normálních lidí z důvodu, že všichni obyvatelé chráněného bydlení spadají do cílové skupiny lidí s duševním onemocněním. Tento pocit se u některých klientů opakovaně objevuje a i z toho důvodu jsem se rozhodla jej uvést ve výsledcích výzkumu. Lze říci, že se tento pocit objevuje v průběhu času subjektivně převážně u klientů, kteří tráví v chráněném

bydlení většinu času a nejsou aktivně zapojeni do života mimo něj. Nenavštěvují pravidelně žádné zaměstnání ani jiné aktivity, kde by se zapojovali do běžné společnosti, což bývá většinou způsobeno i aspekty nemoci.

„... No že jsme v takový jako bublině trošku tady s těma tady má vlastně všichni invalidní důchod a že s těma zdravýma lidma moc do styku jako nepřicházíme, že jsme takovým společenství a já bych se ráda míchala.

... Jo, cítím se v tomhle osamocená jo, v tomhle osamocená ale to asi není problém tady bydlení. To je problém vůbec v té invalidity asi celkově, když je člověk v tom invalidním důchodu, tak jako se pak stýká s takovýma lidma jako stejnýma že to a pak je problém, třeba mám problém se seznámit....“ (R1)

Se skutečností, že všichni obyvatelé chráněného bydlení jsou lidé s duševním onemocněním, souvisí i druhý zjištěný pocit hodnocený jako slabá stránka, a to strach z ohrožení od ostatních klientů v případě krize nebo zneužívání alkoholu či drog. Ačkoli se všichni klienti znají, v případě potřeby si vycházejí vstříc a pomáhají si, přesto se podoba nemoci individuálně liší a v případě krize se může projevit různě.

Do cílové skupiny patří i klienti s duální diagnózou, kdy kromě duševního onemocnění mají i diagnózu závislosti a ačkoli je to proti pravidlům chráněného bydlení, může u nich z nějakých důvodů dojít ke zneužití alkoholu nebo drog a jejich chování může být ohrožující i pro ostatní. V rámci takového ohrožujícího chování mohou do chráněného bydlení i v dobré víře přivést bez nahlášení na návštěvu potenciálně nebezpečné osoby a možná rizika tím zvýšit. Klienti si uvědomují, že v chráněném bydlení je větší riziko výskytu takovýchto negativních jevů a i když se praxi podobné události stávají minimálně, přesto z nich mají obavy.

„... byla jsem ve stresu, zrovna, ona mi chtěla skočit z okna tady, takže pak, pak jsem se čirou náhodou dostala k drogám, tak co jsem, co mě napadlo v tom stresu prostě a ona mi chtěla skočit z okna. Ale při představě, že by skočila, že bych s tím žila do konce života s takovým pocitem, že jsem mohla něco udělat a ona mi skočila jakože.“ (R1)

„... jenomže on může jít okolo prostě poblázněnej a já? Může mě někdo napadnout. Může někdo chytit záchvat a může mě napadnout z kolegů.“ (R5)

„... vlastně většinou to je díky tomu, že ten člověk sám přivleče nějaký ty svoje kamarády, to je asi narušení tý bezpečnosti. Protože tady ty lidi jsou dost naivní. Oni jsou naivní, zneužitelný a pak mají takovýhle kámoše, ... nebo je naučit nějak jako poučit, že ne všichni lidi, všem se všechny, nemůžete si každýho vzít domů prostě dneska už si domů nikdo nikoho nebere, protože se stávají takový věci, že lidi už nevěří...“ (R1)

4. b.) narušení soukromí spolubydlením

V rámci slabých stránek chráněného bydlení respondenti zmínili i určité pocity narušení soukromí kvůli spolubydlení a sdílení bytu s dalším jedním nebo dvěma klienty. Pocit narušení soukromí přichází u respondentů zejména v situacích, kdy klient obyvatele stejného bytu například neinformuje o tom, že mu přijde návštěva a spolubydlíci může nečekaně v bytě potkat neznámého člověka.

Další častou situací pro vznik tohoto pocitu je situace, kdy v bytě mezi spolubydlíci napanuje rovnováha v péči o domácnost a největší zodpovědnost za úklid potom spočívá pouze na jednom klientovi. V některých případech lze situaci vyřešit společnou dohodou, přesto pokud vnímají spolubydlíci pořádek jinak a nepodílí se na úklidu stejnoměrně, situace se opakují. Pracovníci se snaží s dohodami mezi sebou a s úklidem klientům pomáhat, přesto je situace často obtížně řešitelná. U některých klientů hrají roli v nezájmu o udržování pořádku i negativní symptomy nemoci, což je možné ovlivnit jen částečně připomínáním a dopomocí.

Třetí nejčastější situací, při které pocit narušení soukromí vzniká je vstup pracovníků do bytu ke klientům. Pracovníci mají sice klíč, ale v rámci respektu klientova soukromí do bytů sami bez vyzvání nevstupují, pokud se nejedná o naléhavý případ. Někdy se předem s daným klientem telefonicky domluví a klient přijde otevřít. Často však není předchozí telefonická dohoda možná a v tom případě pracovníci či jiní klienti zvoní na zvonek u bytu. Zvonek je společný pro celý byt, a tak i pro tři klienty, kdy na zvonek reaguje většinou jen jeden, který bydlí ke vchodovým dvěřím nejbliže. Tím se často stává jediným, který chodí otevírat všem příchozím, kteří zvoní, i když nejdou za ním.

V rámci výzkumu vyjádřili s touto situací respondenti nespokojenost, ačkoli se nejedná o významný faktor, může být v každodenním životě obtěžující.

„... Kolektivní problémy, problém mezi někým, kdo bydlí se mnou na patře, to taky, co může udělat problém mezi kolegama nebo spolu ano spolubydlícíma a na patře, jestli se to dá nějak chránit, nebo nechránit nebo vyvarovat, nebo aby nebyli zbytečný potom na schůzi dohady. No ty jsi říkala tohle a ty tohleto. A nebo ty si koupila tydlety věci, chtěla si od nás stovku. No a nakonec za tejdén přijdeš a řekneš, že Jar není a že potřebuju, toho může bejt strašná spousta.“ (R5)

„... Často jste sem museli vstupovat (kvůli spolubydlíci) a já tady byla na začátku a mně to přišlo jako narušení soukromí. Furt zvonek, furt klepání a tady není o to, že klepání, zvonek, já bydlím totiž blízko těch dveří a musím furt otvírat ne, a spolubydlíci to má úplně na háku to měla, takže já furt otvírala to a už až jsem byla pak vulgární.“ (R1)

4. c.) absolutní zákaz alkoholu

Často připomínaným a diskutovaným pravidlem v chráněném bydlení je absolutní zákaz alkoholu a drog a jejich uchovávání. V rámci konzumace jiných omamných látek a drog se respondenti jednohlasně shodli se spokojeností s jejich zákazem, nadále budu v rámci výsledů výzkumu hovořit pouze o alkoholu. Podle pravidel služby je v chráněném bydlení zákaz konzumace alkoholu a jiných omamných látek. Což neříká nic o tom, zda klient může konzumovat alkoholické nápoje mimo chráněné bydlení. V pravidlech je zmínka o tom, že klientův stav nesmí narušovat spolupráci s pracovníky chráněného bydlení, což je často překládáno tak, že je pro klienty nulová tolerance alkoholu. Při podezření na konzumaci alkoholických nápojů či jiných látek může být klient namátkově testován na přítomnost alkoholu a drog v těle a v případě pozitivního testu může dostat výtku za porušení pravidel, kdy při opakování stejného porušení mu může být dána výpověď z bytu.

Sporné situace nastávají v případech, když si klient chce připít v rámci rodinné oslavy nebo veřejné akce, společného oběda s rodinou a podobně a poté se vrací na chráněné bydlení. Občas se i v rámci doprovodu na společenskou akci za přítomnosti pracovníka

stane situace, kdy je podáváno jedno pivo a klient se pracovníka dotazuje, zda si ho může vypít, kdy i pracovník pochybuje, proč by klient nemohl a není ani v jeho kompetencích mu to zakázat.

Spornou je otázka pouze ve výše uvedené rovině. V případě nápadné větší konzumace omamných látek již byla výtka a výpověď z bytu v minulosti opakovaně udělena.

„... abstinence. Což je na jednu stranu jako fajn, ale zrovna u toho alkoholu nevím. No jako dát si třeba jedno pivo nebo to. To všichni se s tím perou, to je skoro úplně všichni no že.“ (R6)

„... ten úplně striktní přístup jakoby k tomu alkoholu. K tomu takovej úplně, protože alkohol je něco jiného než drogy, jakože i společensky. Jako nemyslím každé den si dát pivo, nebo ale vím, že kdybych někam šla, že si můžu dát třeba jeden alkohol nebo dva, že když někam jdu, nebo když jdu, bych šla v sobotu tady pařit na diskotéku, že nemusím pít kolu, prostě že to bylo takový divný. Často naopak, je to zdravý. Já si myslím, že jsou takový červený víno a ty červené krvinky nebo nebo na ten tlak taky dobrý nebo pivo na trávení třeba knedlo zelo vepřo pivo nebo chce český český vynález.“ (R1)

„... Sporný jasný že že to si myslím ale že hodnotí kladně jo, tam bych to určitě nedávala do negativních a do těch kladných. Že určitě tohle pravidlo fajn. Jak jsme říkali, že většinou měli nějakou kariéru drogovou, nebo je to jedno jestli teda závislosti na alkoholu.“ (R3)

„... jak se otvírá ta sezona, jak jsem tam byla s nima. A on se zeptá, jestli si může dát pivo tam u toho stánku. Proč by si ho nemohl dát. No, to je ono, je to, je to sporný místo prostě.“ (R4)

4. d.) kontroly úklidu v pokojích - individuální vnímání pořádku

Poslední spornou oblastí zjištěnou v průběhu výzkumu, kterou převážná většina respondentů zařadila mezi slabé stránky služby chráněného bydlení, jsou kontroly úklidu v bytech klientů. Klienti dle smlouvy a pravidel chráněného bydlení zodpovídají

za svěřený prostor jako v běžném nájemním bytě. Vzhledem k symptomům nemoci a sníženému zájmu o sebek péči a péči o svůj prostor u některých klientů, občas v bytech a pokojích docházelo k hromadění neumytého nádobí, zbytků jídla, odpadu, a jinému znečišťování. Vzhledem k tomu, že občasná dopomoc pracovníků s úklidem nebyla dostačující, zavedli pracovníci pravidelné každotýdenní kontroly bytů. Tyto kontroly v pravidelný den a čas pomohly k lepšímu udržování bytů klienty, už i díky tomu, že jim pracovníci mohou připomínat blížící se kontrolu bytu a potřebu úklidu v daném termínu.

Ačkoli za běžné situace klienti k sobě do bytu pracovníky rádi pozvou, při pravidelných kontrolách se necítí dobře, kontroly vnímají jako nedůstojné a i sami pracovníci se cítí mnohdy nepříjemně a trapně. O úklidu a pořádku mají někdy jiné představy než někteří klienti, nechtějí na ně uplatňovat pouze své individuální hledisko a při povinných kontrolách úklidu pocítují určité etické dilema, jak velký pořádek vyžadovat a kde je hranice, kdy respektovat klientovu důstojnost, soukromí a přání mít v bytě takový pořádek, jaký jemu vyhovuje.

„Jako etické dilema s úklidem to, to je hrozný. Jo já na jednu stránku jako chápu, je to barák, co prostě vlastní organizace a je potřeba se o to starat a musíme to kontrolovat ale není mi to příjemný, jako chodit tam a říkat, že se musí uklidit. Hmm, není to nejpříjemnější.... Já si myslím, že my oproti klientům máme jiné představy o životě a jiné představy o tom, co je správný a co by mělo bejt, než oni sami. ... my máme úplně jinou představu, třeba o úklidu, jednoduché to není, ale zároveň bysme se měli naučit, abysme to respektovali a nedávali jim tam nějaké rozkazy podle podle našich měřítek.“
(R6)

„Ale ono v těch depresích, třeba když nemáte sílu vstát z té postele, tak určitě vás nezajímá nějak, že je vyluxováno, nebo že když je ten stav třeba horší kort u nás, jako když jsme měli všichni tady invalidní, tak nemůžeme mít doma úplně vyleštěno.“ (R1)

„... to důležitý je, aby se cítili bezpečně v té své domácnosti a bylo to a žili si tak, jak oni chtějí jako a tak, aby jim v tom bylo dobře, může mít bordel a bengál, jak chtěj.... hlavně aby byl spokojenej, ale aby prostě se nechovali tak, aby si nepřivodili relaps....“

„... Protože ty musíš tolerovat to, co to chtějí ty klienti jako jako oni oni. Oni by se měli naučit takový ten základům, jak se to dělá, ale stejně budou víc sami a stejně si to budou dělat tak, jak chtějí a oni prostě mají momenty a mají k tomu sklony tady to vynechávat, prostě maj. A maj to můžou i v rámci nemoci, diagnózy.“ (R4)

„... Jako jo kontrola úklidu mě vadí, protože zrovna jsem líná a tejden jsem neuklidila, že jo. Tak jsem to měla teďka.“ (R5)

„... Přesto vnímám kontroly úklidů v pokojích jako nedůstojné.“ (R2)

7.3 Výzkumná otázka 3

3. Jaké jsou návrhy na zlepšení spolupráce pracovníků a klientů chráněného bydlení metodou CARE a služby chráněného bydlení?

V rámci otázek zaměřených na službu chráněného bydlení byla položena jedna otázka konkrétně se dotazující, co by respondenti na službě změnili. Respondenti se převážně dále zamýšleli a snažili se vymyslet alespoň nějaký návrh, aby na otázku odpověděli. Službu a její nastavení hodnotili kladně bez potřeby větších změn. Některé své nápady na zlepšení služby uváděli v odpovědích na otázku na slabé stránky služby, kdy po uvedení slabé stránky následně sami vymýšleli, jak by se daná slabá stránka dala zlepšit. Některé návrhy ke zlepšení tak vycházely ze zjištěných stránek v předchozí výzkumné otázce, některé se objevily v rámci rozhovorů v souvislosti s jinými otázkami a tématy.

Kategorie	Seznam kódů
5. Návrhy ke zlepšení	a.) udržování pořádku - kontroly úklidu v pokojích individuálně, jednou za rok kompletní úklid celého domu – klienti, firma b.) lepší ošetření zákazu vstupu nevhodných osob c.) větší důraz na fyzické zdraví a aktivitu d.) posílení práce s přáním v rámci modelu CARE e.) příprava na odchod do samostatného bydlení - posílení práce s fázemi zotavení v rámci modelu CARE, závislost na službě, větší zapojení terénního týmu, podporované bydlení, startovací byty

5. a.) udržování pořádku - kontroly úklidu v pokojích individuálně, jednou za rok kompletní úklid celého domu – klienti, firma

Udržování pořádku v bytech klientů a v celém domě je stále se opakující téma služby. Řeší jej jak pracovníci, jejichž povinností je dohlížet na udržování pořádku v domě, tak jej řeší klienti, kteří se úklidu věnují ve svých bytech a dodržují povinné pravidelné úklidy chodby a společných prostor. Vždy však mezi klienty existují tací, kteří úklidy vynechávají, necítí potřebu úklidu nebo na ně zapomínají i vlivem nemoci. Pro pracovníky je vždy těžké určit hranici, kam až sahají symptomy nemoci nebo zhoršený fyzický stav člověka tak, že úklidu není schopen nebo nemá dostatek vůle.

V rámci třetí výzkumné otázky a uvedení návrhů na zlepšení se v souvislosti s udržováním pořádku objevily dva návrhy. První návrh vycházel ze zjištěné slabé stránky, kontroly pořádku v bytech. Respondenti se téměř bez výjimky shodli, že pravidelné kontroly v předem určený čas vnímají jako nedůstojné a nevyhovující i z důvodu občasného zhoršení jejich psychického stavu. Povinné kontroly však respektují a jejich významu rozumí. Pro zlepšení kontrol úklidu se v odpovědích objevil návrh na provádění kontrol v individuálně domluvený čas, kdy v ideálním případě by měl sám klient ohlídat horizont jednoho týdne a pracovníka sám vyzvat ke kontrole, která by proběhla formou nenucené návštěvy. Ani klient ani pracovník by poté nemuseli mít nepříjemné pocity a cítit se trapně. Úroveň úklidu a pořádku zůstává na jejich osobní domluvě tak, aby dosáhli shody.

„...Ale já bych to spíš dělala jako tak nenuceně. Jo, já bych to nedělala jo teďka je 5 hodin, tak my budeme chodit po chráněnkou a budeme kontrolovat. To ne prostě, jen návštěvu a říct, kouknout a kdyžtak říct, oni to takhle líp vezmou.“ (R4)

„...Nebo ať si ten člověk řekne, pojd', přijďte, teďka mám uklizeno. Poslední 4 dny mi nebylo dobře, tak nedělejte kontrolu v úterý a přijďte dneska, je mi dobře. Tak nějak.“ (R6)

„... jenom mě švaly ty úklidy, že já se třeba vytírala, tak říkám, proč to vytírám, když na

to tady třičtvrtě lidí kašle jako jakože to. Jakože to a pak si říkám, to tady budu mít hezký. “ (R1)

Jako druhý návrh na zlepšení v rámci udržování pořádku se v odpovědích objevil návrh na každoroční kompletní úklid celého domu chráněného bydlení včetně bytů. Prvotní nápad byl, že by úklid vykonávali sami klienti, ale vzhledem k neuspokojivým zkušenostem byl respondentem návrh přehodnocen a upraven na úklid profesionální firmou, kdy by se na finanční náklady klienti složili.

„Myslím si že jednou za rok by stačilo, kdyby byl nějaký finanční budget na to, aby se kompletně třeba jaro se k tomu nabízí... objednala služba, která by prostě všechny ty byty uklidila, vyčistila i ty společné prostory s tím, že by si to a klienti by to předem věděli. A byl by nějaký rozpočet, kterej kterej by ti klienti prostě uhradili. “ (R3)

5. b.) lepší ošetření zákazu vstupu nevhodných osob

V návrzích na zlepšení se opakovaně objevila odpověď na potřebu lepšího ošetření zákazu vstupu nevhodných osob do chráněného bydlení. Tento návrh vzešel z nedávných zkušeností, kdy někteří z klientů k sobě pozvali na návštěvu nevhodné osoby a následně mohlo dojít ke krádeži a fyzickému ohrožení. Tento návrh spočívá spíše v právním zakotvení možnosti vykázaní nevhodné osoby pracovníky. Klienti mají možnost si pozvat návštěvu po předchozí domluvě s pracovníky, ale v době, kdy služba není přítomna, nemají pracovníci možnost kontroly vstupu nepovolaných osob do chráněného bydlení. Pokud pracovníci po vyzvání jiného klienta na kontrolu přijedou a nepovolanou osobu zastihnou, mají právo jí upozornit a požádat o opuštění objektu. Nemají však právně zakotvenou možnost osobu vykázat. Mohou zavolat policii, kdy nepovolaná osoba do jejího příjezdu většinou odejde sama, ale po odjezdu policie i pracovníků se může vrátit. V rámci tohoto tématu zlepšení bezpečí v chráněném bydlení je potřeba prozkoumat možnosti lepšího právního zakotvení práv pracovníků a omezení vstupu cizích osob do budovy.

„... vy jste řešili tu situaci s tím bezdomovcem, sem skákal přes plot, ale policie já

nevím. Ty zákony tady nefungují. Takže já jsem se cítila ohrožená. No, ale to je celkově komplexní tady v té zemi asi no že to ale celkově. Vlastně většinou to je díky tomu, že ten člověk sám přivleče nějaký ty svoje kamarády, to je asi narušení té bezpečnosti. Jinak ty lidi by sem nechodili.“ (R1)

„... Už se dvakrát stala situace, kdy jsem klienti přivedli nebezpečné osoby a byla volána policie.“ (R2)

„... pokud některý klient je tady, porušuje a narušuje jejich bezpečí, tak my vlastně nejsme schopný s tím nic vůbec udělat, protože ty pravidla tady nejsou tak nastavený. Není to ve smlouvě a my vlastně nedokážeme. Ne, nedokážeme jim zajistit to bezpečí a jsme vlastně v tu chvíli úplně stejně na tom jako ty klienti, kteří se cítí zranitelní, my taky.“ (R3)

5. c.) větší důraz na fyzické zdraví a aktivitu

Třetím návrhem ke zlepšení služby chráněného bydlení je větší důraz na fyzické zdraví a aktivitu. Část respondentů ve svých odpovědích uvedla propojenost fyzického a duševního zdraví a pozitivní vliv pohybu na psychický stav člověka. Lidé s duševním onemocněním často užívají silné léky, mezi jejichž vedlejší účinky u mnoha patří zvýšená chuť k jídlu a obezita. Obezita dále znepríjemňuje život člověka, nese sebou rizika dalších možných zdravotních komplikací, nízké sebevědomí a nespokojenost sama se sebou. Všichni klienti jsou v rámci multidisciplinárního týmu navštěvováni zdravotníkem i dietologem, mají možnost si nechat sestavit jídelníček v rámci diety, ale málokdy toho využijí a těžko se odhodlávají ke změně svých nezdravých návyků.

Někteří klienti mají k pohybu blíže, chodí hodně pěšky či jezdí na kole, mnozí se však stravují nezdravě, hodně kouří a vyhýbají se fyzickému pohybu, ačkoli by jim jistě byl prospěšný. Pracovníci chráněného bydlení mají jen omezené možnosti jak klienty k pohybu motivovat, doprovázejí je do bazénu, chodí společně na procházky nebo výjimečně na delší výlet. V rámci chráněného bydlení však není žádný stálý program, kam by bylo možné pohybové aktivity zakomponovat. Plyne to i z poslání chráněného

bydlení, kdy jeho hlavním rehabilitačním úkolem je pomoci se klientům zapojit do života v běžné společnosti a veřejně dostupných služeb. Přesto však někteří z respondentů potřebu většího důrazu na fyzické zdraví a aktivitu pociťují, tento návrh však zůstává v teoretické rovině. Opět je zde otázkou, kde je hranice, kdy chtějí a mohou pracovníci klientům pomáhat a kde je hranice respektu klientova způsobu života, ačkoli sám sobě v podstatě škodí.

„Že vlastně na základě toho, že to zdraví nemají úplně ready, to psychické tak, tak vlastně už nepečují o to fyzický, protože to nemají tak, že budu mít... budu třeba zdravý a zdatný fyzicky a bude mi lépe i psychicky, protože tak to je. Ale když je mi blbě psychicky, tak už je to vlastně úplně jedno.“ (R3)

„Ale že by tady mohla být ještě nějaká ze společenská větší místnost nebo nějaká pinčes jo, nebo něco takovýho, něco s tím pohybem. A protože oni většinou chodí sem a tady máme, že jo, tady pracujeme, ale tady já bych si představovala nějakou místnost, kde fakt můžeme vypnout a buď zacvičit si, nebo normálně všichni si tam sednout a pokecat, no normálně.“ (R4)

„Se sportem by mě taky chtěla honit, ale nedohoní mě. No já se nerada pohybuju.“ (R1)

5. d.) posílení práce s přáním v rámci modelu CARE

V rámci otázek rozhovoru byla na práci s přáním podle modelu CARE respondentům položena jedna konkrétní otázka. Podle odpovědí respondentů z řad klientů vyšlo najevo, že s nimi pracovníci o jejich přáních hovoří a na této základní bázi s přáním pracují. Použití písemných nástrojů metody CARE na dosažení přání respondenti neuváděli a konkrétně na ně ani nebyli dotazováni.

Respondenti z řad pracovníků uváděli, že se domnívají, že práce s přáním je v jejich sociální práci prozatím víceméně opomíjena. Při práci s klienty se soustředí primárně na jejich potřeby, psychickou podporu a praktické záležitosti a práci s přáním v rámci implementace metody CARE vnesli do své práce zatím minimálně. Uvědomují si, že klienti si mnohdy svá přání příliš neuvědomují a pracovník může mít tendence hledat

jejich přání za ně. Jako návrh na zlepšení své sociální práce podle modelu CARE z toho důvodu shodně uvedli potřebu posílení práce s přáním.

„Pracujete s klienty na jejich přáních? Ty voho. Já myslím, že ale je to blbý. Že prostě mnohdy jsou v pozadí ty skutečná přání. Je to blbý? Že se to stírá, že hrozně to, co chce pracovník a to co chce klient a mnohdy klient říká to, co chce pracovník slyšet.“ (R4)

„Ty asi úplně nevím, jestli to jako, jo pracuju, že jo, ale málo no. Jakože my jak to tak máme nastavený, tak třeba v rámci individuálního plánu, když to vezmu. Tak se tam zaměříme asi úplně nejdřív, jako na potřeby, které nejsou naplněný a až pak s nadsázkou, když zbyde čas a prostor, tak se zaměříme na přání. Anebo to přání plníme třeba nějak nárazově, když si třeba něco jako řeší.“ (R6)

„... dá jim to třeba sílu do budoucna. Hmm, že vlastně si ty přání můžou plnit, že jim to dalo hrozně moc.“ (R3)

5. e.) příprava na odchod do samostatného bydlení - posílení práce s fázemi

zotavení v rámci modelu CARE, závislost na službě, větší zapojení terénního týmu, podporované bydlení, startovací byty

Poslední návrh na zlepšení se týkal zejména poslední fáze pobytu klienta v chráněném bydlení před jeho odchodem do samostatného bydlení. Jako první se tato oblast v rozhovorech objevila v rámci otázky týkající se práce s fázemi zotavení v rámci modelu CARE. Z odpovědí vyplynulo, že v určitém smyslu s fázemi zotavení respondenti pracují, spíše je však zmiňují v rozhovorech s klienty, když je oceňují, jak v rehabilitaci postoupili a srovnávají jejich současný stav s tím, jak na tom byli dříve. Jinak fáze zotavení v sociální práci nepoužívají a ani je nepojmenovávají a nezvědomují s klienty. Respondenti z řad klientů vnímali situaci obdobně. Odpovědi poukázaly na potřebu posílení práce s fázemi zotavení hlavně v konečném období pobytu klienta v chráněném bydlení, aby byl lépe připraven na další život mimo službu.

Někteří klienti jsou zvyklí za pracovníky přicházet i několikrát denně, určitým způsobem si z nich tvoří jedny z mála sociálních kontaktů, které mají a existuje tak určité riziko vytvoření si závislosti na službě. Klienti se poté nebojí pouze přechodu do samostatného bydlení, ale i ztráty kontaktu s pracovníky a osamělosti. Určité řešení, které se vyskytlo v rámci odpovědí, poskytuje větší zapojení terénního týmu už s předstihem. V takovém případě by v průběhu posledních měsíců pobytu klienta v chráněném bydlení bylo i s klientem domluvené určité omezení kontaktu s pracovníky služby chráněného bydlení. Chybějící kontakty s klientem by nahradili terénní pracovníci, kteří ho následně budou navštěvovat i v samostatném bydlení.

„Já si myslím, že může lehce u někoho vzniknout taková závislost nějaká jo, a než oni by si to uvědomili... Takový to, že my jsme tady pořád. A ona přijde doba, kdy by měli odejít, to je hrozný. To teďka jsem si zase uvědomila, že vlastně, jako když máš děti v dětském domově. Musíš se připravovat na to, že prostě jednou odejdou, musíš.“ (R4)

„... ten přechod bude asi dost, jako jako to se nedá asi nějak nacvičit. Jako když skočím do studené vody. Jako ten skok do té reality pak bude tvrděj. Což pak bude tvrděj náraz, až budu bydlet sama. No ale takhle až půjdu bydlet v tom bytě, tak jako budu mít terénního pracovníka, já se toho bojím no.“ (R1)

„A to si myslím, že by i právě bylo fajn, kdyby jako tady ty kontakty nahradil terén. Víš, že jako jednou za tejdén prostě přijdete k nám a jednou za váma, přijede někdo z terénu, protože ten za váma pak bude jezdit domů, že jo. My tam jezdit nebudem pak.“ (R6)

„... ne ty fáze moc ne,... my to hrnem přesně, a na konci toho klienta jako vypustíme, ale není to tam úplně takhle rozfázovaný. Ono se totiž může stát, když to není právě jako na té bázi těch fází toho zotavení, že to jako může tak jako splynout, Rozplyne se to v podstatě v tom, že klient přijde, hmm tady tak si jako žije svým životem, byť samozřejmě mu pomáháme a pak se odstěhuje, ale ono to tak úplně není, no.“ (R3)

Jako poslední v rámci návrhů na zlepšení souvisejícími s usnadněním přechodu klienta

do samostatného bydlení byly zmíněny startovací byty nebo podporované bydlení, kdy existuje určitá možnost, že v budoucnosti bude služba o tyto možnosti rozšířena. Takové byty by byly určeny pro klienty, u nichž i po pobytu v chráněném bydlení přetrvává potřeba vyšší míry dopomoci. Jednalo by se o samostatné byty v běžných bytových domech, kam by za klienty podle individuální domluvy docházela terénní služba ve vyšší míře než při současné klasické terénní sociální práci.

„No napadá mne, že to by bylo úžasný, což už tady bylo zmiňované, ale nevíme jak v jaký fázi realizace to je, že bysme měli takzvaný startovací byty, kde vlastně v té poslední fázi by ten klient nějakým způsobem mohl si vyzkoušet vlastně to bydlení jako jezdí sem na zkušební pobyty, tak by si vyzkoušel zkušební pobyt tam. Jo, to by bylo prostě prima.“ (R3)

7.4 Souhrnné zodpovězení výzkumných otázek

Pro zodpovězení první výzkumné otázky z výsledků výzkumu vyplynulo, že mezi nejsilnější stránky metody CARE patří otevřený a vstřícný přístup pracovníků, ve kterém klienti pocítují empatii a pocit přijetí. To jim dovoluje překonávat strach a možné obavy, které mohou být způsobeny i aspekty duševního onemocnění, a s pracovníky navazovat dobré vztahové napojení a osobní pouto, což jsou základní komponenty metody CARE. Ve vztahu s pracovníky se klienti cítí rovnocenní a respektovaní. To jim dodává pocit důvěry, bezpečí a sebevědomí ve vzájemném vztahu, umožňuje jim být k pracovníkům otevření a upřímní, což výrazně zlepšuje spolupráci. Díky dobré komunikaci dokáží otevřeně sdělovat své potřeby a společně s pracovníky hledat vhodné způsoby podpory, pomocí které se jim daří žít v chráněném bydlení co nejvíce samostatně, což je pro ně dalším zdrojem sebevědomí a naděje do budoucna. Posilující roli ve vzájemném osobně-profesionálním vztahu hraje i osobní hledisko, kdy si přirozeně určití lidé lépe vzájemně rozumí. V opačném případě má klient a pracovník možnost domluvit se ukončení spolupráce a změně klíčového pracovníka. Vzhledem k

tomu, že je metoda CARE založena na podpůrném vztahovém přístupu, má osobní hledisko ve spolupráci možná větší důležitost než v jiných metodách sociální práce. Na vzájemnou spolupráci a vztah klientů a pracovníků má kladný vliv další komponenta metody CARE, a to sdílení vlastního příběhu, zkušeností a zranitelnosti pracovníka. Pracovníci sdílením svých příběhů a životních zkušeností mohou klienty motivovat a jít jim příkladem například i ve zvládání a překonávání určitých životních těžkostí nebo nemocí. Mezi silnými stránkami spolupráce byl uveden také charakter a osobní zaměření pracovníků, kterým se klienti inspirovali a pracovníci jim tak mohou nabídnout široké spektrum rad a podpory.

Zjištěné silné stránky významně převyšují minimální úskalí při sociální práci metodou CARE, která z výzkumu vyplynula. Úskalí, která se ve výzkumu prokázala se týkají převážně dané cílové skupiny. Ztížení a komplikace sociální práce metodou CARE mohou pramenit z aspektů duševního onemocnění u klientů, jako problémy s komunikací, pokles vůle, zájmu, zájmu o fyzické zdraví, pokles motivace nebo krize. Kromě příznaků nemoci přítomných u klientů může spolupráci ztěžovat i omezená možnost náhledu pracovníka do světa člověka s duševním onemocněním bez vlastní zkušenosti. K pochopení klientů a jejich cesty zotavením pomáhá vlastní zkušenost pracovníka se zotavením z těžké situace v jakékoli oblasti života či nemoci, nemusí se jednat přímo o duševní onemocnění.

V práci metodou CARE – Podpůrným vztahovým přístupem, jehož základním aspektem je navázání osobně-profesionálního vztahu a vztahového napojení s klientem, hraje roli také osobní hledisko, které se ve výzkumu objevilo jak v silných stránkách tak v úskalích spolupráce. V případě vzájemného neporozumění mezi pracovníkem a klientem je vždy možná změna klíčového pracovníka.

Posledním zjištěným úskalím spolupráce a vzájemného porozumění může být také odlišná představa plnohodnotného života klienty a pracovníky. Rozdílné představy se mohou projevit v oblasti zdraví, náplně volného času, pořádku, úklidu a péče o svůj životní prostor nebo minulosti klientů. Neudržování pořádku, malý zájem o fyzické zdraví a pohyb, spáchání trestného činu či závislost a podobné skutečnosti v minulosti klienta mohou komplikovat a ztěžovat pracovníkům porozumění a pochopení.

Pracovníci se však snaží tato úskalí překonávat, vidět klienty bez předsudků, s respektem a nadějí v jejich současné životní situaci.

V rámci druhé výzkumné otázky zaměřující se na službu chráněného bydlení ve výsledcích výzkumu opět převážily silné stránky. Mezi zjištěné nejsilnější stránky služby patří podpora ve všech rehabilitačních doménách, jak životních tak osobních. V rámci životních domén poskytuje služba klientům podporu v oblasti bydlení pocitem bezpečí v bydlení, jeho cenovou dostupností i podporou v praktických činnostech souvisejících s bydlením jako finanční hospodaření, péče o byt či obsluha spotřebičů. Významnou doménou je doména práce, které se díky jistotě v bydlení mohou klienti věnovat a zvládnout jí. Další pomocí pracovníků klientům v oblasti práce může být konzultace problémů souvisejících s prací, pomoc s ranním vstáváním nebo pomoc v komunikaci se zaměstnavatelem.

V rámci osobních domén byly ve výzkumu jmenovány všechny oblasti osobních domén, sociální a rodinné vztahy, sebepečce, zdraví, vnitřní motivace, osobní rozvoj, psychická podpora. Jako nejprínosnější podpora v rámci osobních domén se prokázala být psychická podpora. Tato podpora má zároveň vliv na pocit jistoty a bezpečí klientů. Důležitou oblastí podpory jsou i rodinné a sociální vztahy, kdy i v rámci zlepšení životní situace klientů a podpory pracovníků dochází ke zlepšování jejich rodinných a sociálních vztahů a budují si nové vztahy. Mezi uvedené silné stránky chráněného bydlení spadá odpoutání se od rodiny a změna prostředí. U klientů, kteří dlouhodobě samostatně v minulosti ještě nežili, dochází ke zlepšení rodinných vztahů i díky odpoutání se od rodiny a tím získáním její větší důvěry a respektu. Pro klienty, kteří měli v minulosti škodlivé sociální vztahy, byli například napojeni do drogové komunity, je významnou silnou stránkou změna prostředí, kdy v novém prostředí a městě mohou začít znovu budovat svůj život.

Významnou silnou stránkou služby chráněného bydlení je dostupnost jejich pracovníků a její zapojení do systému služeb. Pracovníci jsou přítomní nebo dostupní na telefonu všechny pracovní dny od brzkých ranních až do nočních hodin. V případě jejich nepřítomnosti je pro klienty zřízena krizová telefonní linka.

Propojenost a návaznost služeb, jejichž je chráněné bydlení součástí, umožňuje dobrou dostupnost i terénních sociálních pracovníků, zdravotníků a psychologické a psychiatrické lékařské péče. Klienti také mohou navštěvovat denní Centrum sociální rehabilitace, kde se mohou účastnit pravidelného široce zaměřeného programu a potkávat se s jinými klienty. Propojenost a multidisciplinární zaměření služeb poskytuje také značnou podporu sociálním pracovníkům, kdy mohou cokoliv konzultovat s multidisciplinárním týmem.

Neméně důležitou silnou stránkou služby je práce s krizí klienta a její zvládnání. V rámci spolupráce pomáhají pracovníci klientům hovořit o svých nepříjemných pocitech či příznacích nemoci, společně je probírají a pomáhají klientům tvořit strategie na jejich zvládnání či jejich předcházení. Při případné krizi klienta ji dokáží pracovníci rozeznat už v počátcích, konzultují jeho stav a další postup s multidisciplinárním týmem zahrnujícím lékaře a mohou tak zamezit jejímu prohloubení či navrhnout potřebu hospitalizace. V případě zvládnání krize v chráněném bydlení se podílí celý multidisciplinární tým a postupuje podle předem zpracovaného krizového plánu klienta.

Pro určitou skupinu klientů může být důležitá další zjištěná silná stránka služby, a to splnění podmínky pro propuštění z hospitalizace. U některých klientů vzhledem k podobě jejich nemoci nebo soudně nařízené ochranné ústavní léčbě po spáchání trestného činu, může být nástup do chráněného bydlení jedinou možností pro propuštění z hospitalizace. Jejich ochranná léčba je poté převedena na ambulantní s podmínkou, že budou využívat službu chráněného bydlení. Jejich pobyt v psychiatrické léčebně se tak může výrazně zkrátit.

Poslední silná stránka služby, která byla ve výzkumu zjištěna je podpora formou doprovodů. Sociální pracovník může klienta doprovázet na různé instituce, úřady, úřední i soudní jednání nebo v rámci volnočasových aktivit na nákupy či různé veřejné a sportovní akce. Mnoho klientů zažilo ve svém životě různé formy stigmatizace, ať již při jednání s úřady nebo v rámci běžné společnosti. Doprovod pracovníka jim umožňuje překonat strach a obavy a jít i do prostředí, kam by se sami neodhodlali. Již pouhá přítomnost pracovníka je pro klienty podporující a mnohdy není ani potřeba, aby jim přímo pomáhal, stačí když je přítomen a tvoří tak pro klienta opěrný bod.

V druhé části druhé výzkumné otázky byly výzkumem zjišťovány slabé stránky služby chráněného bydlení. První dvě uváděné slabé stránky služby souvisí s obyvateli chráněného bydlení, kdy se výzkumu ukázalo, že obyvatelé mohou pociťovat pocity izolace od „normálních lidí“ a běžné populace tím, že všichni obyvatelé služby jsou lidé s duševním onemocněním. Tento pocit izolace se objevil převážně u klientů, kteří nemají dostatek sociálních kontaktů mimo chráněné bydlení ani pravidelně nedochází do zaměstnání. Jako součást této slabé stránky byl uveden strach z ohrožení od ostatních klientů v případě krize nebo zneužívání alkoholu a drog. Pro snížení tohoto strachu a pro pomoc při vzniku podobných situací je v chráněném bydlení při nepřítomnosti pracovníků zřízena již zmíněná linka krizového telefonu s možností příjezdu pracovníka.

V rámci společného bydlení pociťují respondenti i určité narušení soukromí spolubydlením. Děje se tak v případech jiného názoru na pořádek v bytě jednotlivými klienty nebo při častých návštěvách v bytech, které mohou rušit ostatní.

Poslední dvě řešené slabé stránky souvisí s pravidly chráněného bydlení, je to absolutní zákaz alkoholu a kontroly úklidů v bytech. Pravidla v chráněném bydlení ošetřují zákaz konzumace a přechovávání alkoholických nápojů v prostoru chráněného bydlení.

Ohledně konzumace alkoholu mimo budovu určují jen to, že klient musí být v takovém stavu, aby nebyla narušena spolupráce s pracovníky, panuje zde tedy nejasnost, zda se jedná o absolutní nulovou toleranci alkoholu či nikoliv. Kontroly úklidu a udržování pořádku v pokojích je jako pravidlo respektováno. V rámci slabých stránek je uvedeno z důvodu vnímání provádění pravidelných hromadných kontrol úklidu jako nedůstojných a objevuje se sporné individuální vnímání pořádku.

Třetí výzkumná otázka zjišťovala možné návrhy na zlepšení spolupráce pracovníků a klientů a služby chráněného bydlení. První dva návrhy na zlepšení vycházely ze dvou ze zjištěných slabých stránek ve druhé části druhé výzkumné otázky, a to udržování a kontrol pořádku v bytech a pocitu ohrožení ze strany ostatních klientů, respektive od cizích osob, které mohou do chráněného bydlení přivést. Prvním návrhem na zlepšení v oblasti pořádku je provádění kontrol individuálně po předchozí domluvě s přihlédnutím

k aktuální připravenosti klienta, kdy by ke kontrole v ideálním případě vyzval pracovníka sám klient namísto pravidelných kontrol všech bytů v předem stanovený den a čas.

Pro lepší udržování pořádku v rámci celého domu, včetně bytů, chráněného bydlení se objevil návrh na provádění každoročního kompletního profesionálního úklidu firmou na finanční náklady klientů. Pro snížení rizika ohrožení klientů i pracovníků ze strany nevhodných osob, které mohou někteří klienti do chráněného bydlení přivést bylo navrženo lepší právní zakotvení ošetření zákazu vstupu nevhodných osob.

Dalším návrhem na zlepšení je kladení většího důrazu na fyzické zdraví a aktivitu z důvodu příznivého vlivu fyzické kondice na psychický stav člověka. Poslední dva návrhy na zlepšení souvisejí se sociální prací za použití metody CARE, konkrétně práce s přáním a práce s fázemi zotavení. Respondenti ve svých odpovědích uvedli základní prvky práce s přáním a zároveň potřebu práci s přáním posílit a více se jí věnovat. Posílení práce s přáním by tak umožnilo lepší odhalování skutečných přání klientů a motivace pro jejich dosažení. Návrh na posílení práce s fázemi zotavení spadá do návrhu lepší přípravy klientů na odchod do samostatného bydlení. Tyto návrhy pramení i ze zjištěného strachu klientů z odchodu a určité závislosti na službě, která za dobu jejich pobytu v chráněném bydlení mohla vzniknout. Pro usnadnění odchodu klientů bylo navrženo již zmíněné posílení práce s fázemi zotavení, zejména s poslední fází. Návrh na zlepšení přípravy klientů na odchod zahrnuje dřívější a častější zapojení pracovníků terénního týmu, kteří budou klienty navštěvovat i následně po přestěhování do samostatného bydlení. U klientů s větší potřebou dopomoci by mohl být jejich přechod do samostatného bydlení usnadněn rozšířením služby o podporované bydlení či startovací byty.

8 DISKUZE

Tato diplomová práce se zabývá psychosociální rehabilitací a zotavením lidí s duševním onemocněním v chráněném bydlení. Její teoretická část obsahuje významné oblasti týkající se duševního onemocnění a psychosociální rehabilitace, od přístupu k lidem s duševním onemocněním v historii, přes specifikaci duševních onemocnění, definování psychosociální rehabilitace a služeb, které jí poskytují, po kapitoly o zotavení a nové metodě sociální práce – CARE, Podpůrném vztahovém přístupu. V závěru teoretické části nechybí představení služby chráněného bydlení. Výzkumná část této diplomové práce zkoumá pomocí kvalitativního výzkumu prožívání sociální práce metodou CARE v rámci služby chráněného bydlení a zaměřuje se na silné stránky a úskalí sociální práce metodou CARE, silné a slabé stránky služby chráněného bydlení a zjištění návrhů na zlepšení jak spolupráce tak služby.

Pro realizaci výzkumu v této diplomové práci byla použita metoda kvalitativního výzkumu, obsahová analýza, kdy sběr dat proběhl pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Použití dané metodologie se díky získání relevantních dat pro vyhodnocení výzkumu prokázalo jako vhodné. Získaná data ve vysoké míře odpovídala svým obsahem zaměření výzkumu a výzkumným cílům a poskytla dostatek kvalitních podkladů pro analýzu a vyhodnocení výsledků výzkumu. Přesto mohou být výsledky výzkumu limitovány určitými omezeními v oblasti jejich validity, reliability a reprezentativity.

Výběr respondentů proběhl metodou totálního výběru, která se vzhledem k poměrně malému počtu možných respondentů v daném zařízení, projevila jako odpovídající. Získané výsledky výzkumu jsou tak dostatečně reprezentativní pro dané zařízení, ve kterém výzkum probíhal. Některé z výsledků se konkrétně váží pouze k danému zařízení a tak je nelze obecně aplikovat na všechna chráněná bydlení pro lidi s vážným duševním onemocněním. Další skupina výsledků se váže ke zkoumané cílové skupině, kdy tyto výsledky, vzhledem k poměrně malému vzorku respondentů, nelze zobecnit na celou populaci lidí s duševním onemocněním. Určité zkreslení může přinášet subjektivní zkušenost a prožívání respondentů a období, ve kterém byl výzkum prováděn. Při opakování výzkumu s časovým odstupem za účasti stejných či jiných

respondentů by mohl přinést v jisté míře odlišné výsledky. Další možné zkreslení výsledků by mohlo být zapříčiněno osobním vztahem respondentů k výzkumníkovi v rámci koležičtosti od kolegů a sebekontrolou či zábrany od klientů. K určitému zkreslení výsledků může dojít také při procesu kódování a kategorizace, kdy může být proces ovlivněn osobním názorem výzkumníka. Je nutné dbát na co největší objektivitu procesu a udržení nezávislého přístupu autora. Vzhledem k možným zkreslení výsledků by pro ověření a zvýšení jejich objektivit a reprezentativit bylo zapotřebí doplnění výzkumu dalšími výzkumnými metodami. Přesto mohou výsledky poskytovat zajímavé poznatky přínosné nejen pro zařízení, ve kterém výzkum probíhal ale i pro další zařízení podobného typu.

Výsledky ukázaly, že sociální práce metodou CARE - Podpůrným vztahovým přístupem, je pro cílovou skupinu lidí s duševním onemocněním přiléhavá a vhodná. Tato metoda spadá do jednoho z možných přístupů k duševním onemocněním, které uvádí i Slade (2005), a to zaměření se na vhodnou podporu a plnohodnotný život i s nemocí namísto zaměření se na nemoc.

Vzhledem k úzké souvislosti mezi nejsilnějšími stránkami sociální práce metodou CARE a nejsilnějšími stránkami služby chráněného bydlení, ve které práce touto metodou probíhá, nabízí se jejich souhrnné zhodnocení. Jak potvrzují výsledky výzkumu, nejsilnějšími stránkami spolupráce a služby jsou i základní komponenty metody CARE jako rovnocenný vztah pracovníků a klientů, otevřený a vstřícný přístup pracovníků, práce se sebevědomím, motivací a nadějí klientů, práce s prostředím, práce s krizí, copingové strategie, zaměření na znalosti, dovednosti, smysluplné činnosti, sociální vztahy a role a sociální inkluzi, jak je uvádí i den Hollander a Wilken (2022) a Páv a kol. (2017). Díky empatii, ochotě, pochopení a porozumění klientům mohou pracovníci s klienty budovat dobré vztahové napojení a kvalitní osobně-profesionální vztah, který umožňuje jejich efektivní spolupráci v rámci psychosociální rehabilitace v individuálně potřebných oblastech. Na vzájemné napojení pracovníků a klientů má také pozitivní vliv osobnost sociálního pracovníka a sdílení jeho příběhu a zkušeností, čímž může být zdrojem inspirace pro klienty.

Dobré vztahové napojení pracovníků a klientů, jedna z významných komponent metody CARE, bylo navíc ověřeno dvěma dvojicemi otázek vkomponovanými do rozhovoru, kdy shoda názorů pracovníků a klientů toto vztahové napojení potvrdila. Důležitost vztahového napojení, kterou prokázaly výsledky výzkumu se shoduje s tím, jak jej popisuje den Hollander a Wilken (2022) a shoduje se i s mými poznatky z praxe. Dobré vztahové napojení umožňuje klientům otevřeně komunikovat o svých potřebách, být autentičtí a tak má pozitivní vliv na celou spolupráci. Pracovníci tak mohou klienty lépe pochopit, vcítit se do nich a tím jim poskytnout co nejvhodnější podporu. Klientům navíc toto napojení a pocit bezpečí ve vztahu dodává sebevědomí a odvalu a pomáhá jim s podporou pracovníka lépe překonávat některé obavy spojené ať s nemocí, vlastními schopnostmi, bydlením, prací, sociálními vztahy, běžným sociálním prostředím nebo jinými oblastmi rehabilitace a vlastního života.

Další silnou stránkou spolupráce a služby je podpora ve všech rehabilitačních doménách, které zmiňuje Hosák a kol. (2015), jsou uvedeny v teoretické části práce v Tabulce 2 v kapitole 3.3 Psychosociální (psychiatrická) rehabilitace a více je rozvádí i den Hollander a Wilken, 2022). V rámci životních domén, poskytuje služba klientům podporu v oblasti bydlení, práce, studia i volného času. Určitá jistota, cenová dostupnost, pocit bezpečí a vhodná podpora v chráněném bydlení umožňuje klientům v mnoha případech i lépe zvládnout oblast práce. V té se jim od pracovníků dostává podpory motivací, při jejím hledání, konzultování vhodnosti zaměstnání i praktickou pomocí například s ranním vstáváním nebo při komunikaci se zaměstnavateli. Volný čas pomáhají klientům pracovníci lépe naplňovat smysluplnými činnostmi, snaží se s klienty sdílet svoje zájmy a pomocí doprovodů jim pomáhají začleňovat se do běžné společnosti a veřejných volnočasových akcí a aktivit. V případě potřeby mohou klienti doprovody využít i v rámci úředních záležitostí, návštěv lékařů, jakéhokoli zařizování v běžném sociálním prostředí či nákupů, což představuje další silnou stránku služby.

V praxi klienti doprovody využívají zejména na začátku svého pobytu v chráněném bydlení, kdy mnozí přicházejí do služby přímo z psychiatrické nemocnice mnohdy po dlouhých letech hospitalizace. Může se u nich vyskytnout syndrom hospitalismu, což je skupina příznaků, které vznikají vlivem dlouhého pobytu v nemocnici jako apatie,

nechutenství, poruchy spánku, nezáměr, zmatenost a strach a díky doprovodem pracovníků do běžného sociálního prostředí se jim daří tyto příznaky překonávat a začleňovat se do běžného sociálního prostředí. Doprovody klienti oceňují v případech úředních či soudních jednání a návštěv lékařů, kdy pracovník kromě podpory svoji přítomností může klientovi pomoci i lépe porozumět úřední řeči. Klienty vítané jsou i doprovody v rámci volnočasových aktivit a kulturních akcí, kam by se sami neodhodlali. Mnozí klienti se v dalším průběhu zotavení začnou začleňovat do běžné společnosti již sami, stále však existuje skupina klientů, kteří bez doprovodů větší potřebu sociálního začleňování nemají a žijí víceméně izolovaně.

V rámci osobních domén potvrdily výsledky výzkumu opět podporu ve všech oblastech jako sebezpečí, zdraví, účel a smysl, sociální vztahy dle individuálních potřeb klientů. V oblasti sebezpečí a zdraví mají klienti v rámci multidisciplinárního zaměření služby k dispozici kromě sociálních pracovníků i zdravotníky a lékaře v oblasti psychologie a psychiatrie. V souvislosti s vhodnou podporou a zlepšením životní situace klientů dochází i ke zlepšení jejich rodinných a sociálních vztahů, případně budují vztahy nové. Kladný vliv má často i změna prostředí a odpoutání se od rodiny. Změna prostředí některým z klientů umožňuje přerušování škodlivých sociálních vztahů z minulosti, například napojení na drogovou komunitu, a budování si nového života v novém prostředí. Rodinné vztahy klientů bývají i z důvodu nemoci komplikované a složité, často pohybující se v protikladných extrémech. V jistých případech bývají poškozené či přerušované a v opačných případech bývají přehnaně připoutané až závislé. V obou případech respondenti uvedli zlepšení rodinných a sociálních vztahů, což naplnilo moje očekávání.

Za nejvýznamnější podporu byla označena podpora psychická, díky které se klienti i lépe vyrovnávají s příznaky nemoci a posilují svoji motivaci, vůli a naději, což potvrdilo moji domněnku. Ve dvou případech respondenti uvedli i občasnou tenkou hranici mezi sociální prací a psychoterapií, kdy se praxi hranice sociální práce někdy posouvají až k práci s prvky psychoterapie. Tuto skutečnost musím na základě své znalosti sociální práce potvrdit a porovnat s holandskou a italskou praxí, zmíněnou v kapitole 3.5.2.1 Komunitní centra duševního zdraví – KCDZ - Příklad z holandské a italské praxe. Jak uvádí Muuse a van Rooijen (2019), v komunitních centrech duševního zdraví má

mnoho sociální pracovníků terapeutický výcvik a prvky terapie aplikují do každodenní práce s klienty. Takové propojení sociální práce a psychoterapie považují za velice přínosné a inspirující i pro sociální práci v českých podmínkách.

Mezi nejsilnější stránky služby dále patří její multidisciplinární zaměření a její propojenost s ostatními službami, které jsou charakteristické pro komunitní služby, což potvrzuje i Hosák (2015) a Kalvach a kol. (2012). Multidisciplinární tým nabízí kromě podpory sociálních pracovníků i podporu zdravotníků, psychologů a psychiatra, což umožňuje dobrou dostupnost péče pro klienty a širokou podporu s možností konzultací pro sociální pracovníky. Zjištěnou další silnou stránkou chráněného bydlení je práce s krizí klienta, kdy pracovníci mohou klientovi pomoci krizi předejít, co nejefektivněji ji řešit či v krajním případě navrhnout hospitalizaci. Péče o klienta je v případě zhoršení jeho stavu změněna na intenzivní, je umístěn na tzv. FACT tabuli (FACT board) a jeho případ je řešen na každodenních setkáních sociálních pracovníků a celého multidisciplinárního týmu, jak popisuje Petr a kol. (2014) a van Veldhuizen a Bähler (2013). Na základě své praxe v sociálních službách mohu potvrdit mnoho výhod modelu FACT zvláště v momentech, kdy klient již ztrácí náhled na svoji krizi a je potřeba zvážit a učinit rozhodnutí pro další kroky. Podpora i zásah ostatních členů multidisciplinárního týmu včetně lékařů je v takových situacích neocenitelná a otevírá další dimenze a možnosti pro řešení probíhající krize.

S prací s krizí souvisí práce se zvládáním nepříjemných pocitů a stresu a tvorba strategií na zvládání takových pocitů, copingových strategií. Skutečnost, že se tato práce s nepříjemnými pocity objevila ve výsledcích výzkumu jako silná stránka, souhlasí i s mými osobními zkušenostmi z praxe, kdy u klientů s výraznými přetrvávajícími příznaky nemoci je jejich zvládání často hlavním tématem rozhovorů. Význam práce s nepříjemnými pocity a copingovými strategiemi potvrzuje ve své literatuře i Vybíral a Roubal (2010), kdy na straně 478 uvádí, že „V terapii lidí se závažným duševním onemocněním se prosazuje posuzování spouštěčů stresu, intervence na snížení stresu, rozvíjení dovedností na zvládání stresu, zaměření na vliv prostředí a rozvíjení sociálních dovedností“.

Propojenost a návaznost služeb je oceňována také v případech dlouhodobých nebo opakovaných hospitalizací a při soudně nařízené ochranné ústavní léčbě. Nástup klienta do služby chráněného bydlení může být jedinou možností určenou psychiatrickou nemocnicí, jak hospitalizaci ukončit a tak výrazně zkrátit. Ochranná ústavní léčba bývá nařízena po spáchání trestného činu ve stavu snížené přičetnosti způsobeném duševní nemocí, poruchou či užíváním návykových látek. V mnoha případech je takový pachatel při spáchání trestného činu v psychotickém stavu, který může být způsobený i neléčením nemoci. V psychiatrické nemocnici dochází i díky správné medikaci ke stabilizaci stavu, ale po absolvování doby nezbytné k léčbě a stabilizaci následuje v některých případech i několikaleté prodlužování hospitalizace a stagnace bez jakékoli možnosti rehabilitace a zapojení člověka do běžné společnosti. Propojenost služeb umožňuje psychiatrické nemocnici stanovit jako podmínku propuštění klienta jeho následný nástup do služby chráněného bydlení, hospitalizaci tak ukončit a převést nařízenou ochrannou ústavní léčbu na ambulantní. Klienti si v takových případech zpravidla možnosti nástupu do chráněného bydlení velmi váží, svá předchozí pochybení a vliv nemoci si uvědomují a mají na nemoc náhled. Určitou roli v jejich motivaci k rehabilitaci hraje i obava z možného návratu do ústavní léčby při nespolupráci nebo porušování pravidel služby.

Výzkumem zjištěné silné stránky významně převýšily minimum úskalí při sociální práci metodou CARE a slabých stránek služby. Prokázaná úskalí vyplývala ve větší části z práce s danou cílovou skupinou. Ve vztahu k duševnímu onemocnění byly jako možná úskalí spolupráce uvedeny přetrvávající příznaky duševního onemocnění a omezená možnost náhledu do světa člověka s duševním onemocněním bez vlastní zkušenosti. Přetrvávající symptomy nemoci ztěžující sociální práci metodou CARE mohou představovat problémy s komunikací, pamětí, strach, poruchy nálad a myšlení, nepříjemné psychické a fyzické pocity a další, jak je uvádí Orel a kol. (2016) nebo Riegel a kol. (2020). Respondenti se však shodli, že podpůrné prvky metody CARE jim v mnohém pomáhají symptomy nemoci překonávat. K pochopení klientů a jejich cesty zotavením pomáhá vlastní zkušenost pracovníka se zotavením z těžké situace v jakékoli oblasti života či nemoci, nemusí se jednat přímo o duševní onemocnění.

Jako další možné úskalí ukázaly výsledky výzkumu osobní hledisko, kdy v případě neporozumění pracovníka a klienta mohou po vzájemné dohodě spolupráci ukončit a klient může klíčového pracovníka změnit. Vzhledem k tomu, že vztahové napojení je jednou ze základních komponent metody CARE, jak uvádí den Hollander a Wilken (2022), hraje zde osobní hledisko možná významnější roli než v jiných metodách sociální práce.

Osobní hledisko může ovlivňovat spolupráci ještě z jiného úhlu pohledu a promítat se do spolupráce v podobě rozdílných představ pracovníků a klientů v mnoha oblastech, například v oblasti zdraví, náplně volného času, pořádku, úklidu nebo minulosti klientů, jak na ně poukazuje i den Hollander a Wilken (2022). Pracovníci a klienti se však snaží i právě díky dobrému napojení a komunikaci rozdíly diskutovat a překonávat. V případech, kdy je porozumění pracovníků klientům komplikováno například kriminální či drogovou minulostí, či jinou oblastí, která se vnitřně dotýká osobní zranitelnosti pracovníka, snaží se tato úskalí v sobě pracovník řešit konzultacemi nebo v rámci supervizí a vidět klienty bez předsudků, s respektem a nadějí v jejich současné životní situaci.

Zjištěné slabé stránky služby neměly zásadní charakter. Objevil se mezi nimi pocit izolace od běžné populace, a to zejména u klientů, kteří nemají zaměstnání a dostatek sociálních kontaktů mimo službu. Druhou slabou stránkou byl pocit ohrožení od ostatních klientů jak v případě krize samotným klientem tak nevhodnou osobou, kterou může do chráněného bydlení přivést. Vzhledem k tomu, že je v chráněném bydlení větší riziko výskytu člověka v krizi než při bydlení v běžném sociálním prostředí, je pro klienty po dobu nepřítomnosti pracovníků zřízena krizová telefonní linka s možností příjezdu pracovníka. Poslední dvě zjištěné slabé stránky se týkají pravidel a nastavení služby, ve které probíhal výzkum, jako kontroly úklidu a nulová tolerance alkoholu. Ty ponechávají otevřený prostor pro jejich další komunikování a řešení v rámci dané služby, případně změnu některých pracovních postupů.

Na některé zjištěné slabé stránky poskytly následně odpověď výsledky výzkumu v rámci třetí výzkumné otázky, zjištění návrhů na zlepšení. Další slabé stránky, jako jiný názor na pořádek v bytě mezi jednotlivými klienty, narušení soukromí spolubydlením a

časté návštěvy v bytech, které ruší ostatní, jsou obtížněji řešitelné, ale možná mohou přispět k větší motivaci klientů bydlet v budoucnosti samostatně.

V poslední fázi výzkumu jsem se zaměřila na zjištění návrhů ke zlepšení spolupráce a služby. Jak již bylo zmíněno, některé z návrhů vyplývaly ze zjištěných slabých stránek, jako změna způsobu zavedených kontrol pořádku, návrh na každoroční kompletní úklid celého domu profesionální firmou či lepší ošetření omezení vstupu nevhodných osob do chráněného bydlení. Výsledky výzkumu přinesly i návrhy související s metodou CARE jako posílení práce s přáním a s fázemi zotavení. Větší zaměření na práci s přáním by přineslo lepší odhalování skutečných přání klientů, která pro ně mohou být velkým zdrojem životní motivace, což potvrzuje i den Hollander a Wilken (2022) a shoduje se i s mým názorem. Ačkoli někteří klienti mají svá přání zvědoměná a dokáží je jasně vyslovit, u některých klientů přetrvávají pocity apatie, malého zájmu o cokoli a vyjadřují se, že žádná přání nemají. Při důkladné práci s přáním však nakonec mohou svá skutečná přání odhalit a spolu se zpracováním plánu pro jejich dosažení tak objevit novou motivaci a chuť do života.

Posílení práce s fázemi zotavení by umožnilo lepší přípravu klientů na odchod do samostatného bydlení a překonání určité závislosti na službě, která u nich za pobytu v chráněném bydlení mohla vzniknout. Posledními návrhy pro lepší přípravu klientů na odchod do samostatného bydlení obsahují větší zapojení terénního týmu či budoucí potenciální rozšíření služby o službu podporovaného bydlení či startovací byty. Ačkoli by rozšíření služby poskytlo pro některé klienty jistě efektivní způsob postupného přechodu z chráněného bydlení do bydlení s větší samostatností v podobě podporovaného bydlení či startovacích bytů, zůstávají tyto nápady v teoretické rovině.

Oproti tomu návrh na větší zapojení terénního týmu by v případě určité změny pracovního postupu souvisejícího s odchodem klientů ze služby byl prakticky proveditelný. Klienti, kteří se z chráněného bydlení odstěhují do samostatného bydlení, nadále zůstávají klienty terénního týmu centra duševního zdraví, jehož pracovníci klienty navštěvují i v jejich domovech. S klientem jsou v kontaktu po celou dobu jeho pobytu v chráněném bydlení a svůj kontakt zintenzivňují s blížícím se odstěhováním klienta. V rámci zlepšení přípravy klienta na odchod bylo navrženo zintenzivnění

kontakty terénních pracovníků s větším časovým předstihem, např. půlročním. Kontakty terénních pracovníků by již za pobytu klienta ve službě částečně nahradily kontakty s pracovníky chráněného bydlení. Klient by si na každodenní kontakt v rámci chráněného bydlení ještě za svého pobytu postupně odvykal a více se navazoval na svého klíčového pracovníka z terénních služeb. Postupně by se tak snižovala klientova možná závislost na službě chráněného bydlení a zároveň by se tak předešlo v praxi vznikajícím situacím, kdy klient není při svém opouštění služby chráněného bydlení připraven na přerušování vztahu s pracovníky a prožívá pocity ztráty a osamělosti.

V rámci konečného shrnutí výsledků výzkumu konstatuji, že provedený výzkum prokázal převahu silných stránek jak sociální práce metodou CARE, tak služby chráněného bydlení nad zjištěnými úskalími a slabými stránkami. Potvrdila se tak má očekávání pramenící ze znalosti praxe práce touto metodou v chráněném bydlení. Metoda CARE se výsledky výzkumu potvrdila jako vhodná a efektivní pro práci s cílovou skupinou lidí s duševním onemocněním. Zjištěná slabá místa z části potvrdila mnou předpokládané výsledky pocházející ze znalosti praxe, z části přinesla i pro mě nové poznatky a zjištění a poskytla mi tak lepší vhled do prožívání klientů. Na řešení některých zjištěných slabých míst přinesly vzápětí odpověď návrhy na zlepšení, které dále ponechaly otevřený prostor pro diskuzi. U některých zjištěných návrhů na zlepšení v rámci udržování pořádku a přípravy klientů na odchod ze služby chráněného bydlení musím ocenit přínos výzkumu. Předpokládám jejich další řešení v rámci dané služby spolu s možnými změnami některých pracovních postupů a jejich vnesením do praxe. Zjištění přinesená výzkumem by mohla být přínosná nejen pro dané zařízení ale i pro další služby podobného typu.

9 ZÁVĚR

Tato diplomová práce je zaměřena na psychosociální rehabilitaci a zotavení lidí s duševním onemocněním v chráněném bydlení. Pro položení teoretických základů pro následující provedení výzkumu se teoretická část práce zabývá významnými oblastmi týkajícími se duševního onemocnění a psychosociální rehabilitace. Po nastínění přístupu k lidem s duševním onemocněním v historii, následují kapitoly o duševních onemocněních, včetně jejich druhů a specifik, a o psychosociální rehabilitaci, jejích formách a službách, které ji poskytují. Jelikož cílem psychosociální rehabilitace je zotavení klientů, navazují samostatné kapitoly o zotavení a nové metodě sociální práce – CARE, Podpůrném vztahovém přístupu. V závěru teoretické části je představena jedna ze sociálních služeb pro lidi s duševním onemocněním, chráněné bydlení, jak obecně tak konkrétní zařízení, ve kterém probíhal výzkum.

Pro realizaci výzkumu byla použita metoda kvalitativního výzkumu, obsahová analýza, kdy sběr dat proběhl pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Ve výzkumné části byl stanoven cíl výzkumu a 3 výzkumné otázky. Cílem výzkumu bylo zjistit jaké silné stránky a jaká úskalí vnímají v sociální práci metodou CARE pracovníci i klienti chráněného bydlení, jaké vidí klienti a pracovníci silné a slabé stránky služby chráněného bydlení a jaké jsou návrhy na zlepšení jak spolupráce pracovníků a klientů tak této služby. Skupina respondentů byla sestavena z pracovníků i klientů, kdy byl kladen zřetel i na případnou shodu názorů obou skupin respondentů, která naznačila jejich dobré vztahové napojení, jednu z významných komponent sociální práce metodou CARE.

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že sociální práce metodou CARE - Podpůrným vztahovým přístupem, poskytuje množství prvků, které jsou vhodné pro práci s cílovou skupinou lidí s duševním onemocněním. Většina prvků této metody působí velice pozitivně a podpůrně i v rámci některých přetrvávajících příznaků duševního onemocnění a pomáhá je klientům lépe zvládnout a překonávat, ačkoli tyto příznaky mohou vnášet do spolupráce určitá úskalí. Metoda je tak vhodná a přiléhavá pro sociální práci s cílovou skupinou lidí s duševním onemocněním.

Výsledky prokázaly, že služba chráněného bydlení poskytuje klientům podporu nejen v oblasti bydlení, ale ve všech životních oblastech. Kromě bydlení, práce a volného času poskytují pracovníci klientům podporu v rámci jejich psychického stavu, sociálních vztahů a osobního rozvoje. Jako nejvýznamnější se ve výzkumu ukázala být psychická podpora společně s důležitou komponentou metody CARE, vzájemným rovnocenným vztahovým napojením pracovníků a klientů. Díky vhodné podpoře, schopnosti samostatného života i zlepšení životní situace dochází u klientů ke zlepšování jejich rodinných a sociálních vztahů a budují si nové vztahy. Kladný vliv má často i změna prostředí po přestěhování do chráněného bydlení a odpoutání se od rodiny.

Klienti i pracovníci velice oceňují multidisciplinární zaměření služby, její propojenost s ostatními službami a jejich návaznost. Díky tomu mají klienti snadno dostupnou jak lékařskou tak terénní péči a pracovníci mají možnost cokoli konzultovat s multidisciplinárním týmem. Uváděnou silnou stránkou chráněného bydlení je také práce s krizí klienta, kdy mohou pracovníci pomoci klientovi krizi předejít nebo ji co nejefektivněji řešit. Velmi ceněnou podporou klientů jsou doprovody do běžného sociálního prostředí, ať již v rámci úředních záležitostí nebo v oblasti volného času. Zjištěné slabé stránky služby ve výzkumu nebyly zásadního charakteru. Mezi slabými stránkami se objevil pocit izolace od běžné populace, kdy se tento pocit objevuje zejména u klientů, kteří nedochází do zaměstnání nebo nemají dostatek sociálních kontaktů mimo službu. Přítomný byl také pocit ohrožení od ostatních klientů v případě krize. Poslední dvě zjištěné slabé stránky se týkaly víceméně konkrétních pravidel a nastavení dané služby, ve které probíhal výzkum, jako kontroly úklidu a nulová tolerance alkoholu. Ty ponechávají otevřený prostor pro jejich další komunikování a řešení v rámci dané služby, případně změnu některých pracovních postupů.

V rámci výzkumu byly zjištěny i návrhy ke zlepšení spolupráce a služby. Některé návrhy vyplývaly ze zjištěných slabých stránek, jako změna způsobu zavedených kontrol pořádku, zavedení každoročního kompletního úklidu domu profesionální firmou či lepší ošetření vstupu nevhodných osob do chráněného bydlení. Objevily se i návrhy související s metodou CARE jako posílení práce s přáním a fázemi zotavení. Díky lepší práci s přáním by se dařilo lépe odhalovat skutečná přání klientů, jejichž dosažení by

pro ně bylo zdrojem motivace. Lepší práce s fázemi zotavení by umožnila lepší přípravu klientů na odchod do samostatného bydlení a překonání určité závislosti na službě, která u nich za pobytu v chráněném bydlení mohla vzniknout. Další přínosné návrhy na zlepšení přípravy klientů na odchod do samostatného bydlení představuje větší zapojení terénního týmu či potenciální rozšíření služby o službu podporovaného bydlení či startovací byty.

Výzkum prokázal mnoho silných stránek jak sociální práce metodou CARE, tak služby chráněného bydlení, které významně převýšily minimum zjištěných slabých míst. Metoda CARE se prokázala jako vhodná a přiléhavá pro práci s cílovou skupinou lidí s duševním onemocněním. Slabé stránky a úskalí se týkaly převážně specifík sociální práce s danou skupinou a nastavení konkrétní služby, ve které probíhal výzkum. Zjištěné návrhy na zlepšení nabídly řešení některých slabých stránek a dále ponechaly otevřený prostor pro diskusi, případné změny některých pracovních postupů a jejich implementaci do praxe. Zjištění přinesená výzkumem by mohla být přínosná nejen pro dané zařízení ale i pro jiná chráněná bydlení a služby podobného typu.

10 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Bělík, V., Hoferková, S., & Kraus, B. a kolektiv (2017). *Slovník sociální patologie*. Grada Publishing.

Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví (2011). *Zahraniční stáže v oblasti péče o duševní zdraví*. Dostupné 20. února 2024 z <https://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/zahranicni-staze.pdf>

Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví (n.d.). *INSPIRE*. Dostupné 10. března 2024 z https://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/INSPIRE_VSE_FINAL.pdf

Češková, E., Svoboda, M., & Kučerová, H. (2015). *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Portál.

den Hollander, D. & Wilken, J. P. (2022). *Práce v propojení. Podpůrný vztahový přístup*. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.

Dušek, K. & Večeřová-Procházková, A. (2015). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Grada Publishing.

FOKUS, z. ú.. (2024, 11. březen) *Centrum sociální rehabilitace*. <https://www.fokus-kk.cz/csr>

Gulová, L. & Šíp, R. (2013). *Výzkumné metody v pedagogické praxi*. Grada Publishing.

Hejzar, P. (n.d.). *Case management v práci s duševně nemocnými*. Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky (2014). Dostupné 28. února 2024 z

<https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Hejzlar.pdf/f02d8ce4-bc97-d28f-1905-61a959d17c22>

Hejzar, P. (2009). Sociální rehabilitace duševně nemocných v současných podmínkách. *Psychiatrie pro praxi*, 10(5), 226–230. https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-200905-0007_Socialni_rehabilitace_dusevne_nemocnych_v_soucasnych_podminkach.php

Hendl, J. (2023). *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. Portál.

Hosák, L., Hrdlička, M., & Libiger, J. (2015). *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Karolinum.

Hosák, L. & Hosáková, J. (2022). *Psychiatrie pro praxi*, 23(1), 8–12. <https://doi.org/10.36290/psy.2022.001>

Jendrušková, E. & Cakirpaloglu, P. (2022). *Fenomenologie v psychologii a psychopatologii*. Togga.

Kalina, K. a kolektiv (2015). *Klinická adiktologie*. Grada Publishing.

Kalvach, Z., Čeledová, L., Holmerová, I., Jiráček, R., Zavázalová, H., & Wija, P. (2012). *Křehký pacient a primární péče*. Grada Publishing.

Mahrová, G., & Venglářová, M. a kolektiv (2008). *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Grada Publishing.

Marečková, J. (2010). *Člověk s duševním postižením a jeho právní jednání*. Linde.

Marečková, J. & Matiaško, M. (2010). *Člověk s duševním postižením a jeho právní jednání*. Linde.

Marková, E., Venglářová, M., & Babiaková, M. (2006). *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Grada Publishing.

Matoušek, O., Koláčková, J., & Kodymová, P. (2009). *Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Portál.

Matoušek, O. a kolektiv (2011). *Sociální služby*. Portál.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky (2024). *Malý průvodce CDZ*. Dostupné 15. března 2024 z <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-06/Mal%C3%BD%20pr%C5%AFvodce%20CDZ.pdf>.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky (2023, 23. listopad). *Centra duševního zdraví / multidisciplinární týmy*. https://www.google.com/maps/d/viewer?mid=1wUIw3an8hY_0pzoO5F1EAj4Rk_5mnas9&ll=48.05874345770342%2C21.174436191924883&z=6.

Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Národní zdravotnický informační portál*. Dostupné 7. února 2024 z <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/340>.

Morschitzky, H. & Hartl, T. (2020). *Strach z nemoci, jak mu rozumět a jak ho překonat*. Portál.

Muuse, C. & van Rooijen, S. (2019). *Svoboda především*. Fokus Praha.

Ocisková, M. & Praško, J. (2015). *Stigmatizace a sebestigmatizace u duševních poruch*. Grada Publishing.

Orel, M. a kolektiv (2016). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. Grada Publishing.

Pawlowski, M., Mendel, Y., & Kaisermann, J. (2006). *Dějiny medicíny*. Cambridge Stanford Books.

Páv, M., Pluhaříková Pomajzlová, J., & Štastná, J. (2017). Možnosti psychosociální rehabilitace v psychiatrické nemocnici. *Psychiatrie pro praxi*, 18(2), 69–74. <https://doi.org/10.36290/psy.2017.013>

Petr, T. & Marková, E. a kolektiv (2014). *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Grada Publishing.

Provencher, H. L. & Keyes, C. L. M. (2011). Úplné zotavení duševního zdraví: přemostění duševní nemoci s pozitivním duševním zdravím. *Journal of Public Mental Health*, 10(1): 57-69. <https://doi.org/10.1108/17465721111134556>

Raboch, J. & Pavlovský, P. (2012). *Psychiatrie*. Karolinum.

Rapp, C. A. & Goscha R. J. (2006). *The Strengths Model. Second edition*. Oxford University Press.

Reichel, J. (2009). *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Grada.

Riegel, D. K., Kalina, K., & Pěč, O. (2020). *Poruchy osobnosti v 21. století*. Portál.

Slade, M. & Longden, E. (2015). Empirical evidence about recovery and mental health. *BMC Psychiatry*, 15 (285). <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0678-4>

Slezáková, L. a kolektiv (2013). *Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy III*. Grada Publishing.

Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky (2023). *MKN-10 Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, 10. revize (platnost od 1.1.2023)*. <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F00-F99>

Vybíral, Z. & Roubal, J. (2010). *Současná psychoterapie*. Portál.

van Veldhuizen J. R. & Bähler M. (2013). *Manuál FLEXIBLE ASSERTIVE COMMUNITY TREATMENT (FACT)*. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. Dostupné 28. března 2024 z https://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/FACT_manual_CZ_final_s_obalkou.pdf

World Health Organization (2022, 8. červen). *Mental disorders*.
<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Wilken, J. P. & den Hollander, D. (2016). *Podpora zotavení a začlení, úvod do metodiky CARE*. PN Bohnice.

Zákon č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách (2024).
https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/zakon_108_2006.pdf/1a87d9ef-d1df-33fc-35fa-b98714ceba87

11 PŘÍLOHY

Příloha 1

Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu a se zpracováním osobních údajů

(dále Informovaný souhlas)

Název výzkumné studie: Psychosociální rehabilitace a zotavení v rámci duševního onemocnění v chráněném bydlení
Řešitelé studie: Jana Ester Kristová
Kontakt na řešitele: 778 406 668 (722 143 393), j.chromeckova@email.cz
Pracoviště: Pražská vysoká škola psychosociálních studií, s.r.o (dále PVŠPS)

Informace o studii

Cílem studie je výzkum psychosociální rehabilitace v chráněném bydlení za účelem použití v diplomové práci s výše uvedeným názvem. Během studie podstoupíte šetření za použití metody rozhovoru, zúčastněného pozorování a analýzou Camberwellského formuláře pro hodnocení potřeb CAN, který je součástí vaší dokumentace. Odhadované trvání je 30 minut. O výsledcích šetření budete v případě zájmu informován/a osobně či písemně. Vaše účast ve výzkumu je zcela dobrovolná. Svůj souhlas s účastí můžete kdykoliv bez udání důvodu odvolat a z výzkumu odstoupit. Po podpisu toho Informovaného souhlasu obdržíte jeden ze dvou jeho stejnopisů podepsaných Vámi a výzkumníkem, který s Vámi rozhovor provádí.

Ochrana osobních údajů

Správa osobních údajů získaných při výzkumu se řídí nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecným nařízením o ochraně osobních údajů; GDPR) zákonem 110/2019 Sb. o zpracování osobních údajů.

V rámci této studie shromažďuje řešitel této studie a PVŠPS jako správce Vaše osobní a citlivé údaje. K Vaším údajům budou mít přístup pouze pověřeni vědečtí pracovníci účastníci se této studie. Tyto osoby jsou povinny zajišťovat a zachovávat důvěrnost Vašich údajů.

Zpracování naměřených či Vámi poskytnutých dat je prováděno po anonymizaci, tedy po nahrazení osobních údajů číselným kódem. Soubor s údaji propojujícími identifikační údaje (celá či jed křestní jména účastníků) s číselným kódem užitým pro anonymizaci a další zpracování naměřených dat bude uložen na pevném disku počítače PVŠPS u řešitelského týmu, a nebude dále sdílen. Získané údaje budou použity výhradně pro vědecké účely bez zveřejnění Vašeho jména a dalších identifikačních údajů (tj. bez kontaktních informací a bez data narození).

Máte-li jakékoli doplňující dotazy ohledně této studie, můžete se obrátit na řešitele studie.

Děkujeme za Vaši ochotu k účasti na této výzkumné studii.

Já,, narozen/a

(v případě účasti osob s omezenou svéprávností musí být souhlas dán a podepsán zákonným zástupcem či opatrovníkem)

svým podpisem níže potvrzují, že:

- jsem před podpisem měl/a dostatek času k přečtení výše uvedených informací o studii, byl/a jsem podrobně informován/a o cíli a účelu této studie a o tom, v čem spočívá moje účast ve studii;
- jsem měl/a možnost klást doplňující otázky a na všechny jsem obdržel/a uspokojivou odpověď;
- rozumím, že mohu svobodně a bez udání důvodu kdykoliv svůj souhlas s účastí v této studii odvolat;
- převezmu stejnopis tohoto podepsaného Informovaného souhlasu;
- dobrovolně a bez výhrad souhlasím s mou účastí / s účastí mého opatrovance, jehož jsem zákonným opatrovníkem, na této studii;
- souhlasím s použitím ode mne získaných dat pro tuto studii i jiné výzkumné studie bez ohledu na řešitelskou instituci, včetně zveřejnění dat ve veřejně přístupné vědecké databázi za podmínek, že data budou použita výhradně v anonymizované podobě;
- jsem srozuměn s tím, že jakékoliv užití a zveřejnění dat a výstupů vzešlých z výzkumu nezakládá můj nárok na jakoukoliv odměnu či náhradu, tzn. že veškerá oprávnění k užití a zveřejnění dat a výstupů vzešlých z výzkumu poskytují bezúplatně;
- souhlasím se zpracováním a uchováním osobních a citlivých údajů v rozsahu v tomto Informovaném souhlasu uvedených jejich správcem pro tyto účely: Pražskou vysokou školou psychosociálních studií, s.r.o., Hekrova 805, 149 00 Praha 4, a to pro účely zpracování dat vzešlých z výzkumu, pro účely případného kontaktování z důvodu zpracování dat vzešlých z výzkumu či z důvodu nabídky účasti na obdobných akcích a pro účely evidence a archivace; a s tím, že tyto osobní údaje mohou být poskytnuty subjektům oprávněným k výkonu kontroly projektu, v jehož rámci výzkum realizován;
- beru na vědomí, že mám právo svůj souhlas se zpracováním osobních údajů kdykoli odvolat, a to buď písemně listovní zásilkou na adresu Hekrova 805/25, 149 00 Praha 4 – Háje, nebo elektronicky e-mailem na adresu osobniudaje@pvspis.cz. Odvoláním souhlasu však není dotčena zákonnost zpracování vycházejícího ze souhlasu, který byl dán před jeho odvoláním.

V dne Podpis účastníka

Podpis zákonného zástupce / opatrovníka

Celé jméno výzkumníka provádějícího šetření

.....

V dne Podpis výzkumníka

Příloha 2

Vzor otázek v rozhovoru pro klienty

1. Zamyslete se, pokud budeme přemýšlet v rámci uvedených hlavních rehabilitačních domén, ve které oblasti života vám chráněné bydlení nejvíce pomáhá?

Životní domény	Osobní domény
bydlení	sebepéče
práce	zdraví
Učení se / vzdělání	vnitřní motivace, sebevědomí, naděje
volný čas / rekreace	sociální vztahy

2. V jaké další oblasti vám chráněné bydlení a podpora v něm pomáhá?

3. V čem má pro vás CHB největší přínos?

4. Jaké jsou z vašeho pohledu slabé stránky chráněného bydlení?

5. Je něco, co byste na službě CHB zlepšil /a?

6. Jak vnímáte spolupráci s pracovníky?

7. Vnímáte od pracovníků pochopení a podporu?

8. Jak vám konkrétně pracovníci pochopení a podporu projevují?

9. Jak byste vlastními slovy nazval/a, co od pracovníků v jejich přístupu cítíte?

10. Máte pocit, že máte s pracovníky rovnocenný vztah? Respektují Vás?

11. Cítíte v některých případech nebo životních oblastech nepochopení ze strany pracovníků?

12. Jaké podpory si od pracovníků nejvíce ceníte? Jakou formu podpory využíváte? Například v oblasti finančního hospodaření, doprovodů, pomoci s domácností, vařením, dodržováním medikace nebo jinou?

13. Co pro vás znamená pocit bezpečí v souvislosti s chráněným bydlením? Máme na mysli bezpečí fyzické i psychické, podle toho, jak ho vnímáte vy.

14. Pomáhají vám pracovníci posilovat pocit bezpečí?

15. Hovoříte s pracovníky o nepříjemných pocitech, když je máte, pomáhají vám

v jejich zvládnání?

16. Snažíte se s pracovníky hledat způsoby a strategie dlouhodobého zvládnání nepříjemných pocitů, které pro vás bude přínosné i v budoucnosti?

17. Nabízí vám služba podporu i mimo prostor chráněného bydlení? A kde a jak? (máme na mysli oblast práce, volný čas, bydlení, rodina a další)

18. Uvažujete o vašich přáních a hovoříte o nich s pracovníky?

19. Dává/ dávají Vám vaše přání určitou životní motivaci?

20. Jak vnímáte pravidla chráněného bydlení, napadá vás, která pozitivně a která negativně?

Příloha 3

Vzor otázek v rozhovoru pro pracovníky chráněného bydlení

1. Zamyslete se, pokud budeme přemýšlet v rámci uvedených hlavních rehabilitačních domén, ve které oblasti života klientům chráněné bydlení nejvíce pomáhá?

Životní domény	Osobní domény
bydlení	sebepéče
práce	zdraví
Učení se / vzdělání	vnitřní motivace, sebevědomí, naděje
volný čas / rekreace	sociální vztahy

2. V jaké další oblasti klientům chráněné bydlení a podpora v něm pomáhá?

3. V čem má pro klienty CHB největší přínos?

4. V čem myslíte, že vidí největší služby CHB přínos klienti?

5. Jaké jsou z vašeho pohledu slabé stránky chráněného bydlení?

6. Je něco, co byste na službě CHB zlepšil /a – změnil/a?

7. Daří se vám navazovat s klienty rovnocenný vztah, nebo jak vzájemný vztah vnímáte?

8. V rámci spolupráce s klientem na základě modelu CARE, 4P, jsou aspekty budování vztahu s klientem propojení, porozumění, potvrzení a posílení. Je pro vás vždy jednoduché pochopení a porozumění klientovi?

9. Kdy a v jakých případech a oblastech života pro vás není porozumění a pochopení klienta jednoduché?

10. Vyjadřujete klientům pochopení a podporu? Jak to konkrétně děláte?

11. Jakou podporu je pro klienty podle vás nejpřínosnější? Např v oblasti finančního hospodaření, doprovodů, pomoci s domácností, vařením, dodržováním medikace nebo jinou?

12. Jakou podporu myslíte, že pro sebe považují za nejpřínosnější klienti?

13. Jaká vnímáte úskalí ve spolupráci s klienty? Co vám spolupráci s klienty

komplikuje?

14. Vznikají u vás při práci s klienty etická dilemata? V jakých případech? Máme na mysli například v oblasti respektu klientova soukromí, jeho důstojnosti a kontrole úklidu a podobně.

15. Co myslíte, že je důležité pro pocit bezpečí u klientů? Může se jednat jak o bezpečí fyzické tak psychické.

16. Jak pomáháte klientům posilovat pocit bezpečí?

17. Pracujete s klienty na jejich přáních?

18. Pracujete s fázemi zotavení jednotlivých klientů a změnami ve spolupráci v jednotlivých fázích?

19. Jak myslíte, že vnímají klienti pravidla chráněného bydlení, napadá vás, která vnímají pozitivně a která negativně?

20. Napadá vás, jak by bylo možné usnadnit přechod klienta do samostatného bydlení?

12 BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autorky: Bc. Jana Ester Kristová

Studijní program: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Psychosociální rehabilitace a zotavení lidí s duševním onemocněním v chráněném bydlení

Vedoucí práce: Doc. PhDr. David Urban, Ph.D.

Rok dokončení práce: 2024

Celkový počet znaků hlavního textu práce (včetně literatury, bez příloh): 206 544

Počet přímých citací v teoretické části práce: 7

Název souboru: Kristova_Diplomova_prace_2024.pdf