

**Univerzita Palackého v Olomouci**  
**Cyrilometodějská teologická fakulta**  
**Katedra křesťanské sociální práce**

Sociální politika a sociální práce

Zlataše Šelmeciová

APLIKACE SYSTÉMU OPEN DIALOGUE PRO  
POSTKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ PÉČE V PL  
ŠTERNBERK

Bakalářská práce

PhDr. Jan Vančura, Ph.D.

2018

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.

V Olomouci dne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Zlataše Šelmeciová

Dovoluji si touto cestou poděkovat svému vedoucímu práce PhDr. Janu Vančurovi, Ph.D., za odborné vedení práce, cenné rady a ochotu při konzultacích a zpracování této bakalářské práce.

## **OBSAH:**

Úvod.....	5
1 Transformace sociálních služeb.....	7
1.1 Proces transformace sociálních služeb v ČR.....	7
1.2 Vliv transformace na poskytované sociální služby v psychiatrické péči, cíle a dopady procesu .....	10
2 Psychiatrická léčebna jako místo poskytování sociálních služeb .....	13
2.1 Charakteristika psychiatrické péče a poskytovaných služeb .....	13
2.1.1 Psychiatrická léčebna Šternberk .....	16
2.2 Typy klientů v psychiatrických léčebnách.....	19
3 Sociální pracovníci .....	22
3.1 Charakteristika profese – nároky na vzdělání, kompetence a osobnostní předpoklady .....	22
4 Otevřený dialog.....	24
4.1 Vývoj otevřeného dialogu jako přístupu k řešení problémů.....	24
4.2 Využití otevřeného dialogu v praxi .....	26
Výzkumná část.....	30
5 Metodologie výzkumu .....	31
5.1 Cíl výzkumu a výzkumná otázka.....	31
5.2 Kvalitativní výzkum .....	32
5.3 Charakteristika výzkumného vzorku .....	33
5.4 Analýza dat .....	34
5.5 Etické problémy výzkumu .....	35
6 Výsledky výzkumu .....	36
7 Diskuze .....	48
Závěr .....	54
Seznam použité literatury a zdrojů .....	58

## Úvod

Ústavní péče prošla v posledních letech značnými změnami, jež přinášejí nevídané možnosti jak pro zaměstnance daných zařízení, tak i pro klienty. Dříve uzavřené komunity ústavů se začínají více otevírat, do popředí se dostává více slovo podpora před slovem péče. Klienti se stávají právě díky této změně více soběstačnými, nezávislími a schopnými se po opuštění zařízení lépe a rychleji začlenit zpět do společnosti.

Práce s jakkoliv nemocnými lidmi vyžaduje velké nasazení jak ze strany lékařů, tak ze strany pomocného personálu nemocnic, klinik apod. Pokud se jedná o psychicky nemocné osoby je toto nasazení ještě vyšší, vyžaduje velkou míru osobní angažovanosti a pochopení. Sevřenost sociálních služeb, uzavřenost těchto komunit a negativní vnímání institucionální péče veřejností vedlo ke změnám, jimiž si soudobá sociální práce prochází – jedná se o transformaci a deinstitucionalizaci sociální práce a péče.

Nastavování parametrů procesu transformace započalo v 90. letech 20. století, kdy došlo k uvolnění ideologie bývalého režimu, který se snažil téměř popírat existenci lidí s postižením. V současnosti se mění systém poskytování sociálních služeb, mění se místa poskytování, ale i formy, metody a přístupy.

Pro svou bakalářskou práci jsem zvolila toto téma proto, že mám vlastní praktickou zkušenost, pracuji totiž jako všeobecná sestra na gerontologickém oddělení pro muže ve věku nad 65 let v Psychiatrické léčebně ve Šternberku. Toto zaměstnání je pro mě nové, sama se seznamuji se změnami, které proces transformace do praxe na tomto pracovišti přináší. Od klienta v tomto zařízení jsem se dozvěděla o existenci programu START, do něž pravidelně dochází. Jedná se o „*stacionární program pro hospitalizované pacienty zaměřený na rehabilitaci soběstačných funkcí a dále koedukované edukačně-podpůrné skupiny pro pacienty hospitalizované i extramurální.*“ (Projekt START, neuvedeno [online])

Jednou z metod využívaných v současnosti na mém pracovišti je otevřený dialog. Jedná se o inovativní přístup pocházející z Finska, jenž se snaží o pozitivní změny v léčebném procesu pacienta tím, že tým odborníků společně s klientem vytváří léčebnou strategii. Autorem této metody je Seikkula, jenž sám pracoval v psychiatrické léčebně a během svého působení se zaměřil na pozitiva, jež přinášela otevřená setkání s klienty, k nimž se mohla připojovat i pacientova bližší rodina. Prapůvodním motivem k vytvoření tohoto

přístupu byla potřeba týmové práce a propojenosti a komplexnosti péče apod. Cílem tohoto přístupu je přispět k větší samostatnosti a soběstačnosti osob, jež se potýkají s psychickými a psychiatrickými obtížemi, a umožnit jim tak život mimo ústavní péči (Balášová, 2013).

Mým cílem je zjistit více informací o probíhajícím procesu transformace v psychiatrické léčebně, jak jsou informováni zaměstnanci o postupu tohoto procesu, jak jsou využívány Norské fondy ve prospěch práce s klienty, jestli a jak probíhá spolupráce s externími organizacemi a v neposlední řadě se také zaměřím na využití metody otevřeného dialogu při práci s klienty psychiatrické léčebny. Hlavním cílem práce je zmapování současného stavu vnímání procesu transformace sociálními pracovníky a pracovníky v přímé péči.

V teoretické části práce se budu věnovat problematice transformace sociálních služeb v obecné rovině, zaměřím se na samotný proces transformace sociálních služeb v České republice, vliv transformace na poskytované sociální služby a také na cíle a dopady transformačního procesu. V další kapitole se zaměřím na psychiatrické léčebny jako místo poskytování sociálních služeb, dále na jednotlivé služby, které tato zařízení klientům poskytují. Pro komplexnost uvedu také, s jakými typy klientů je zde pracováno. Tato kapitola je důležitou součástí, neboť mapuje zkoumané pracoviště. Ve třetí kapitole teoretické části se budu věnovat metodě otevřeného dialogu. Zmapuji vývoj této metody, jaký byl proces jejího vzniku, uvedu rovněž pozitiva a negativa vyplývající z jeho využívání při práci s psychicky nemocnými jedinci. V poslední teoretické kapitole se budu věnovat sociálním pracovníkům, nárokům na vzdělání a kompetence potřebné pro výkon této profese.

V praktické části práce pomocí polostrukturovaných rozhovorů budu zjišťovat mezi zaměstnanci Psychiatrické léčebny ve Šternberku (sociální pracovníci i pracovníci přímé péče) odpověď na hlavní cíl práce, jímž je zmapování vnímání procesu transformace v tomto zařízení těmito zaměstnanci. Přínos tohoto výzkumu spatřuji zejména pro samotné zaměstnance, kteří si budou moci utřídit své zkušenosti s tímto tématem, dozvědět se více o původních záměrech transformačního procesu a dát si je do souvislosti s aktuálně prožívanou realitou, z čehož by následně mohl vzniknout zajímavý podnět k uzpůsobení jejich práce novým výzvám a možnostem.

## **1 Transformace sociálních služeb**

V rámci této podkapitoly se zaměřím na důležitou součást výzkumu, jímž je objasnění pojmů transformace a deinstitucionalizace sociálních služeb, vliv této transformace na poskytované sociální služby v České republice a cíle a dopady tohoto procesu na sociální služby.

### **1.1 Proces transformace sociálních služeb v ČR**

*„Vznik ústavní institucionalizované péče v 19. století byl veden myšlenkou, že problémy lidí s určitým postižením nejlépe vyřešíme vybudováním zvláštních míst, institucí, přizpůsobených potřebám těchto lidí.“* (Šestáková a kol., 2012, s. 6)

Před rokem 1989 byly sociální služby ve stavu, jenž korespondoval s reálným stavem politického řízení země, jež bylo centralizované. Sociální služby byly kategoricky institucionální, ti, již se účastnili poskytování služeb, neměli jasně vymezené kompetence, a to ani na vyšších úrovních (obec, město, kraj), pracovníci nebyli cíleně a kvalitně proškolení. O sociální služby se ve svých programech nezajímaly ani politické strany. Klienti byli považováni za poživatele služeb, ale bez určitého hodnotného statutu, zájem socialistického světa však tkvěl v jiných oblastech. Ústavní model byl posilován, díky němu byli obyvatelé ústavů postaveni do role těch, o které je třeba celoživotně pečovat a jež je třeba vzdělávat a vychovávat. Stejnokroje a režimem řízený denní program byly samozřejmostí. Zastírání skutečnosti, že kdokoli z veřejnosti by měl mít nějaké postižení či sociální problém celou situaci jen ztěžoval. Téměř ihned po revolučních událostech v roce 1989 nastaly první proměny v sociálních službách a byl započat proces deinstitucionalizace. (Čámský, Sembdner, Krutilová, 2011, s. 10-11)

Kafka (2013, s. 3-4) uvádí, že proces transformace představuje takové změny v sociálních službách, které odpovídají potřebám aktuálních klientů a soudobé realitě. Sociální politika moderního státu se snaží začleňovat tyto lidi do společnosti a umožňovat jim aktivní spolupodílení se na společenském životě.

*„Snaha zajistit lidská práva pro všechny bez rozdílu se projevuje od 90. let v celé naší společnosti, od místních iniciativ v původně ústavních zařízeních až po vznik nové legislativy.“* (Odbor 22, 2013, s. 4-5 [online]). V posledních letech procházejí sociální služby v České republice velkou proměnou. Zásadní změnou bylo schválení a uvedení

v platnost Zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb., jenž byl prvním zákonem, v němž byla uplatněna zásada rovnoprávného přístupu k volbě forem pomoci v souvislosti se sociálními službami. (Odbor 22, 2013, s. 5 [online])

Proces transformace vnímala jako složitý komplex zejména města, obce a okresy, složitě se dokládalo, co je jeho smyslem a přínosem. Zřizovatelé se pak nezdálo, že zaměřovali na úpravu budov zařízení a kvalita poskytovaných služeb byla spíše v pozadí celého snažení. (Čámský, Sembdner, Krutilová, 2011, s. 12) Pojem deinstitucionalizace je užíván pro proces znamenající odklon od pobytových sociálních služeb směrem k poskytování služeb, jež podporují život jedince v přirozeném, nejčastěji domácím prostředí. (Čámský, Sembdner, Krutilová, 2011, s. 12-13)

Západní svět započal transformaci sociálních služeb dávno před tím, než proběhly první pomalé kroky v České republice, jež přišly se Sametovou revolucí v roce 1989. Názor, že by mělo dojít ke změně, rezonoval v tichosti mezi odborníky již v 80. letech 20. století, ale tehdejší státní zřízení těmto změnám příliš nepřálo. Po roce 1989 vstoupily do procesu změn také neziskové organizace, jež se chopily iniciativy a započaly s transformací. Zásadním mezníkem bylo přijetí *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné druhy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti* v roce 2007. Celý tento projekt je podpořen z evropských fondů. ([www.euractiv.cz](http://www.euractiv.cz), 2012)

Součástí této koncepce je také Podpora transformace sociálních služeb. „Projekt se účastní 32 ústavních zařízení z celé ČR, která poskytují služby cca 3 800 lidem s postižením.“ (Hradilková, Paleček, Syslová, 2012, s. 4) Na projekt volně navázal projekt další, a to Transformace sociálních služeb, jenž byl realizován až do konce roku 2015; do tohoto projektu vstoupilo 40 zařízení a neodmyslitelnou součástí bylo vzdělávání, poskytování konzultací a supervizí pro zaměstnance apod. Projekt, jenž navazuje na všechny předcházející a jehož realizace byla zahájena v roce 2016, se nazývá Život jako každý jiný a jeho řešení je plánováno na léta 2016-2019. Všechny výše uvedené projekty byly financovány z Evropského sociálního fondu a z rozpočtu České republiky v rámci příslušných operačních programů dle svého zaměření (OP Lidské zdroje a zaměstnanost, OP Zaměstnanost apod.). (Odbor 22, 2017 [online])

Matoušek (1999, s. 149-152) zmiňuje několik základních bodů, k nimž mělo a má být změnami směřováno a jakými zásadami by se dříve hojně využívaná péče ústavní měla



řídít (jedná se o jakési soudobé trendy v ústavní péči): nutná je *kvalifikovaná indikace* (několik nezávislých posudků na klientův stav; v případě nedobrovolné péče je nutné soudní schválení), *ústavní péče je součástí plánu osobní péče, jenž je povinně vypracován* (je sestaven ve spolupráci s klientem, příp. jeho rodinou, příslušnými odborníky), *minimalizace ústavní péče* (na co nejnížší možnou míru, jen po dobu nezbytně nutnou), *demokratizace služeb* (zmenšování rozdílů a mezi klienty a personálem, mělo by jít o rovnocenný, nikoliv podřízený stav klienta k personálu, důležitou součástí je svépomoc), *podpora klientových vztahů k lidem v jeho nejbližším okolí a k rodině* (nemělo by docházet k exkluzi těmito sociálními skupinami, ideální je blízkost ústavu k místu bydliště, obě strany mají být připravovány postupně na návrat klienta do běžného života), *podpora vazeb mezi personálem a klienty, tzv. bezpečná hranice* (formou supervizi dohlížet na „zdravost“ interpersonálních vztahů mezi těmito skupinami), *maximální omezení střídání pečujícího personálu* (i když se zlepšil servis z hlediska medicíny, nezlepší se klientův psychický stav neustálým narušováním jeho životní kvality – neustálé předávání klienta mezi zařízeními), *posilování vazeb mezi ústavem a komunitou* (klienti začleňováni do života komunity, k níž ústav náleží, ústav nabízí služby vhodné pro daný region a zároveň i mírně přesahující), *finální fáze ústavní péče zaměřena na adaptaci na nadcházející nové životní podmínky a samostatný život mimo ústavní prostředí* (přechodové fáze, podpůrná opatření – i ve smyslu domu na půl cesty, denních stacionářů apod.), *průběžně kontrolovaná péče* (různorodé skupiny osob – od zřizovatele či dozorcí rady aj. – dohlížejí na kvalitu a splnění podmínek nutných k léčení klienta a dodržování lidských práv), *budování pozitivní image zařízení* (důležité je zejména vzbuzovat důvěru a eliminovat obavy klientů před vstupem do zařízení – záležitost PR, jak s danou problematikou pracuje).

Transformace sociálních, resp. psychiatrických služeb si zaslouží nejen v poslední době, ale i z dlouhodobého hlediska značnou pozornost, neboť se jedná o zlepšení kvality života lidí, kteří jsou znevýhodněni některým z duševních onemocnění. Nastavené milníky transformace a jejich dílčí dosahování má z mého pohledu smysl zejména pro pracovníky v přímém kontaktu s takto nemocnými lidmi, neboť dojde ke změnám odrážejícím pozitivní důsledky do budoucna pro obě zmíněné skupiny – lékaři, potažmo daná zařízení nebudou přetížení pacienty a klienti se budou moci více zapojit do komunitního života, čímž nedojde k jejich odloučení od společnosti.

## **1.2 Vliv transformace na poskytované sociální služby v psychiatrické péči, cíle a dopady procesu**

Ke změnám zásadního charakteru patří zcela jistě proměna v poskytovateli sociálních služeb, nastává odklon od ústavního modelu a do popředí se dostávají poskytovatelé individualizovaných sociálních služeb přímo v rámci určité sociální skupiny, komunity. Tomuto procesu se říká rovněž deinstitucionalizace a jedná se jak o změnu místa poskytování služby, které se často mění na domácí péči popř. chráněné bydlení, tak o změnu praktického charakteru, jež spočívá v proměnách přístupu ke klientům a volbě metod práce s nimi. (Furmaníková, Havrdová, Tollarová, Vrzáček, 2013, s. 50)

V zásadě se dá říct, že *„pojem transformace sociálních služeb v ČR představuje proces změny řízení, financování, vzdělávání, místa a formy poskytování sociálních služeb tak, aby výsledným stavem byla péče v běžných životních podmínkách.“* (Čámský, Sembdner, Krutilová, 2011, s. 12) Jedná se tedy o komplexní proměnu přístupu k lidem s jakýmkoliv handicapem, již doposud využívali sociální služby, zejména ty pobytové.

Fremuthová, jakožto zástupkyně lidí z přímé praxe, uvedla v anketě týkající se transformace sociálních služeb, že ji vidí *„jako dobrou cestu a strategickou vizi v procesu deinstitucionalizace pobytových zařízení. Jde o přirozenou integraci klientů a nastavení kvalitní spolupráce se sociálními pracovníky, danou komunitou a dalšími subjekty.“* (Fremuthová, 2013, s. 4)

K hlavním oblastem, na něž se zaměřovala Koncepce podpory transformace, byly postaveny zejména na myšlence nutnosti a potřeby zkvalitnění životních podmínek klientů žijících v pobytových zařízeních sociální péče, dále se jednalo o podporu při naplňování lidských práv těchto uživatelů s důrazem mj. na právo na plnohodnotný život, jakým žijí jejich vrstevníci v přirozeném prostředí. Podpoření byli poskytovatelé sociálních služeb (zaměstnanci i jiné subjekty v institucionální péči). Byl zájem o vytvoření platformy spolupracovníků mezi všemi aktéry tohoto procesu a v neposlední řadě bylo usilováno o zvýšení povědomí a informovanosti o nastalém procesu změn v institucionální péči pro osoby s postižením a seniory. V souvislosti s transformací sociálních služeb byl zmiňován také pojem komunitního plánování, jež mělo úzkou vazbu na celý proces a díky němuž došlo k vytvoření adekvátní sítě poskytovaných služeb sociální péče v podmínkách daným místem působitě. (Pogodová, 2008)

Pospíšil a kol. (2016, s. 11) uvádějí, že Národní strategie rozvoje sociálních služeb byla reakcí na dlouhodobě předkládanou vizi fungování sociálních služeb v České republice. V podobě, v jaké byla schválena Vládou ČR, zahrnuje také cíle a opatření, jichž má být jejím působením dosaženo do roku 2025. Hlavní myšlenkou strategie pak je umožnit klientům žít v přirozeném prostředí, kdy bude využíváno podpůrné neformální péče; obsah jednotlivých opatření je pak v tomto dokumentu dále rozpracován a doplněn mnoha analýzami, z nichž vzešla podoba stanovené strategie. Aktérů či subjektů, jež budou zapojeny do realizace strategických kroků, je celá řada – vrcholné orgány ČR, poskytovatelé těchto sociálních služeb, ale nejsou opomenuti ani samotní poživatelé služeb, jejich příjemci, klienti.

Ovlivnění procesu transformace sociálních služeb tím, že byly aplikovány zásady ochrany lidských práv, je přirozenou součástí všech změn. Prosazují se nezávislost, autonomie, respekt ke klientům jako k lidským bytostem, ale i jejich práva a možnost rozhodování samostatného. MPSV je ústředním realizátorem tohoto procesu, stojí za definováním jeho jednotlivých bodů i harmonogramu postupu a dílčích aktivit. V roce 2004, kdy Česká republika vstoupila do EU, přinesl tento její krok také rozsáhlé změny a možnosti při realizaci reformy sociálních služeb. Byly zde možnosti čerpání finanční podpory z evropských strukturálních fondů a dalších zdrojů. (Malík-Holasová, 2014, s. 49-53)

Z výše uvedeného vyplývá, že je zde cílená snaha dosáhnout transformací psychiatrické péče téměř uzavření léčen, klinik a oddělení zaměřených na psychiatrii. Proti tomuto trendu se v zahraničí ozývají i nesouhlasné ohlasy odborníků, např. se objevují v posledních letech ohlasy, jež zpochybňují principy, ale především praktiky komunitní psychiatrie. Hlavní body těchto kritik jsou postaveny na myšlenkách, že není možno aplikovat změnu z azylu na komunitu u všech klientů, že uzavření nemocnic a klinik není cílem procesu, ani by nemělo být, protože to není řešením. A pokud by docházelo k uzavírání těchto zařízení, bylo by třeba předem zajistit alternativy k tomuto typu péče v místě, kde se zařízení nachází – např. chráněné bydlení, rehabilitace, zaměstnanecké pozice vhodné pro takové osoby apod. Důležitá je také diachronní složka. V potaz by měly být vzaty také kulturní otázky a zvyklosti, neboť nelze aplikovat všechny zásady fungující v západních zemích v zemi naší, nemusí to být nutně vhodné pro všechny pacienty. Podstatné je také si uvědomit, že deinstytucionalizace je jen jakýmsi aspektem, jednou ze součástí psychiatrické reformy. (Christodoulou, 2009, 121-122) Z tohoto

zamyšlení Christodoulou je patrná snaha upozornit na možné nastalé problémy, jež nebyly pojmuty v celé šíři a jež mohou způsobovat vážné komplikace při realizaci reformace. Zejména bych zdůraznila zmíněný fakt o skutečnosti, že ne pro všechny pacienty jsou změny fungující v Západních zemích vhodné a prospěšné, stejně tak skutečnost, že s těmito změnami přicházely i změny v zaměstnanosti, jež také mohou ovlivnit výrazným způsobem přístup zaměstnanců k transformaci služeb a jejich novému nastavení.

Transformace jako taková je složitým procesem, jenž rozhýbal stojaté vody sociálních služeb. Spatřuji v ní možnost pro zlepšení služeb pacientům a také změnu v přístupu personálu i společnosti k dané problematice – stigmatizace vyvolaná dřívějším nastavením služeb se odbourává stěží, ale změny, jež přináší transformace, mohou nabídnout nové možnosti přístupu.

## **2 Psychiatrická léčebna jako místo poskytování sociálních služeb**

Psychiatrická léčebna je jedním z míst, kde je lidem s psychickým onemocněním nabízena pomoc při zvládání jejich obtíží, forma poskytovaných služeb je jak ambulantní, tak i pobytová. Jelikož se v práci zaměřuji na problematiku využívání otevřeného dialogu při práci s klienty, zvolila jsem jako jednu z dílčích kapitol práce právě zaměření na psychiatrickou léčebnu jako místo poskytování sociálních služeb.

### **2.1 Charakteristika psychiatrické péče a poskytovaných služeb**

*„Psychiatrie je medicínský obor, ve kterém se setkává biologický a humanitně-orientovaný, psychologický pohled na lidskou psychiku.“* (Institut biostatistiky a analýz..., Neuvedeno [online]) Lidé trpící duševními poruchami mohou využít systému nabízených pečovatelských služeb. Poskytované služby si kladou za cíl, aby co nejvíce zajistily léčení v přirozeném prostředí pacienta, aby nedošlo k odloučení z blízkého prostředí, z komunity. Důvodem pro toto je fakt, že dříve docházelo ke značné stigmatizaci těchto klientů a dovednosti a kompetence těchto osob byly potlačovány právě ústavní péčí. V neposlední řadě zde hraje faktor také financování služeb, kdy nově reformovaný typ péče je méně nákladný. Cílem tedy je po hospitalizaci v psychiatrické léčebně docílit toho, aby pacient brzy byl schopen opět samostatného života v přirozeném prostředí, toto se má stát cílenou a účelně mířenou péčí cca za 4-12 týdnů. (Institut biostatistiky a analýz, neuvedeno [online])

Nebylo tomu ale tak vždy. Zemské ústavy pro choromyslné v zemi České a Moravskoslezské byly jakýmsi ekvivalenty psychiatrické léčebny, většina jich vznikla v první polovině 20. století. V naší zemi bývaly psychiatrické léčebny často budovány mimo města, z čehož lze usuzovat na snahu oddělit duševně nemocné lidi od intaktní společnosti, čímž docházelo k odloučení a společenské stigmatizaci. Duševně nemocní byli umisťováni do ústavů pro choromyslné, ale zájem o ošetření ve všeobecných nemocnicích neutíchal, proto zde postupně začala vznikat specializovaná oddělení, tzv. pozorovací oddělení, kam byli umístěni pacienti s přechodnými duševními potížemi. Péče o duševně nemocné patřila i v době komunistické éry k důležitým zdravotnickým odvětvím, ošetřování však bylo z většiny omezeno na lůžková psychiatrická zařízení, v čemž dosáhla naše země světového věhlasu a úrovně. Ještě v 70. letech se vyjadřovali odborníci v tom smyslu, že lůžková péče nabývá na stále větším významu – v roce 1970

bylo v ČSSR registrováno na 27 psychiatrických odděleních nemocnic 2 384 lůžky a v 31 psychiatrických léčebnách 16 497 lůžek. Ambulantní psychiatrická péče v tomto období silně zaostávala. (Němcová, 1975, s. 36-39)

Postupem doby se ale statistické údaje velmi mění. „V roce 2016 bylo registrováno v České republice celkem 1 012 ambulantních oddělení a pracovišť psychiatrie.“ (Nechanská, Jann, Nováková, Kudrna, Slábová, Pašingerová, 2017, s. 13) S ohledem na vzrůstající počet psychiatricky nemocných osob vzrostl meziročně i počet ošetřených pacientů těmito zařízeními – v roce 2016 proběhlo 2 890 000 ošetření, v roce 2015 pak proběhlo o 2 % vyšetření méně. Na relativně stejné úrovni pak zůstal rozdíl mezi vyhledáváním péče muži a ženami, kdy ženy jsou stabilně těmi, jež vyhledávají pomoc častěji (v poměru 60:40). (Nechanská, Jann, Nováková, Kudrna, Slábová, Pašingerová, 2017, s. 13)

Základem při poskytování psychiatrické péče je zajištění její dostupnosti a komplexnosti, aby byly postihnuty relativně všechny potřebné oblasti, v nichž je třeba provádět intervenci. Obecně můžeme organizaci psychiatrické péče, resp. její zařízení, rozdělit do tří typů: **psychiatrická ambulance** (tvoří základ tohoto typu péče, zde jsou stanovovány diagnózy a léčba, je zde realizována rehabilitace a prevence duševních poruch; řadí se sem např. návštěvní služba, ochranné ambulantní léčení, specializované ambulance – pro pacienty dětského a dorostového věku, psychiatrická sexuologie, gerontopsychiatrická ambulance, AT-poradny /léčba závislostí/ aj.), **intermediární zařízení** (sem spadá péče na pomezí ambulantní a hospitalizační; u nás probíhá jejich rozvoj od 90. let 20. století; spadají sem: krizová centra, denní stacionáře, chráněná bydlení, chráněná pracoviště a s ohledem na náplň činnosti je možné sem řadit i asistenta případového vedení, kontaktní a klubová centra) a **lůžková péče** (tu zajišťují převážně psychiatrické léčebny, psychiatrická oddělení v nemocnicích a psychiatrické kliniky při fakultních nemocnicích; od 60. let 20. století je snaha snížit počet lůžek v těchto zařízeních ve prospěch předcházejícím dvěma typům péče, na lůžkových odděleních se poskytuje péče okamžitá, akutní, ale jsou zde zajišťovány i dlouhodobé pobyty pro ty klienty, u nichž není možná samostatná existence). (Malá, Pavlovský, 2002, s. 121-122)

V České republice je výrazně patrný rozdíl v úrovni a regionálním pokrytí psychiatrické péče. Mezi jednotlivými regiony jsou zaznamenány rozdíly v množství lůžek, čímž je značně zhoršena dostupnost péče. Rozdíl rovněž lze spatřit mezi poskytovateli akutní

lůžkové péče – v důsledku nastavení služeb, jejich personálnímu i materiálnímu pokrytí nenabízejí všechny kliniky a oddělení tytéž služby a mnohdy jsou nuceny pacienti odmítat či je jejich kapacita značně překročena, čímž je možné dospět k změně kvality poskytovaných služeb v negativním slova smyslu; v důsledku tohoto stavu pak je zkrácen také potřebný stav lůžek. (MZ ČR, 2013, s. 17-19)

Probstová (2009, s. 69-70) komentovala svou dřívější prognózu z roku 2003, kdy se pozastavovala nad postupem sblížení lůžkové a extramurální péče oproti dřívějšímu diametrálně odlišnému přijetí. V době vydání příspěvku hodnotila svůj původní názor jako příliš optimistický. Sice se dle jejích slov v některých místech toto sblížení postupně daří, ale jedná se spíše o výjimečné případy, nejčastěji se jedná o snahu samotné organizace, zařízení, nikoliv o koncepčně řízenou situaci. Ideové sblížení se však již projevuje a pracovníci v přímé péči jsou si vědomi benefitů, jež jim a samotným klientům takováto spolupráce přináší.

Mezi zdravotní služby poskytované ambulantní psychiatrickou péčí lze řadit např. služby psychiatrické (vyšetření, stanovení diagnózy, vzdělávání v daném tématu, zajištění léčby, poskytnutí psychoterapie apod.), jedná-li se o ambulanci pracující s lidmi s duševní poruchou, jsou poskytovány krom výše zmíněných služeb i rozšířené služby, např. zde slouží klinický psycholog, psychiatrické sestry (i terénní služby), psychiatr specializovaný pro práci s určitým typem klientů (dětský a dorostový, gerontopsychiatrie), adiktolog, sexuolog, psychoterapeut, dále zde může být zřízen denní stacionář, mohou zde být poskytovány služby nutričního terapeuta, fyzioterapeuta, ergoterapeuta, sociálního poradce a mnohé další. Poskytované služby se liší dle kvalifikace zaměstnanců daného zařízení. (Běhounek a kol., neuvedeno, s. 4-5)

Tuto podkapitolu jsem zařadila proto, neboť se domnívám, že je pro práci důležité si uvědomit, s jakými typy zdravotnického personálu a ošetřovateli v přímé péči pacienti přicházejí při pobytu v psychiatrické léčebně do styku a zejména jaké služby je možné v psychiatrických léčebnách nacházet. Z výzkumu vyplynulo, že dříve podporovaná a velmi ceněná lůžková péče je v současnosti na ústupu ve prospěch péče ambulantní nebo co nejkratší dobu pobytové. Je vyvíjena silná snaha o zařazení klientů co nejdříve do běžného života, aby nedocházelo ke stigmatizaci a odloučení ze sociálních skupin.

### **2.1.1 Psychiatrická léčebna Šternberk**

Ve své práci zkoumám uchopení využití metody otevřeného dialogu v psychiatrické léčebně a to konkrétně v Psychiatrické léčebně Šternberk.

Psychiatrická léčebna ve Šternberku „vznikla jako samostatný právní subjekt na základě rozhodnutí MZ ČR č.j.OP-054-25.11.90 ze dne 25.11.1990 a byla delimitována z FN Olomouc ke dni 25.11.1990.“ (Psychiatrická léčebna Šternberk, neuvedeno [online])

Původně byla státní rozpočtovou organizací, od roku 1991 pak organizací příspěvkovou. Zřizovatelem Psychiatrické léčebny ve Šternberku je Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Zaměření tohoto zařízení je na osoby trpící duševními poruchami, služby jsou zde poskytovány jak ve formě ambulantní, tak ve formě lůžkové, pobytové. (Psychiatrická léčebna Šternberk, neuvedeno [online])

V polovině 19. století se zemský sněm zabýval velmi špatným stavem psychiatrické péče na Moravě. Z usnesení tohoto výkonného orgánu vzešel požadavek na vyřešení situace. V září roku 1888 bylo usneseno, že bude zakoupen pozemek u Šternberka, kde bude vybudováno zařízení podobné nemocnici zaměřené na psychiatrii. Model strukturovaného pracoviště s propracovanou koncepcí bylo otevřeno pro veřejnost v roce 1893, o dva roky později měl ústav již 621 pacientů. Na přelomu tisíciletí bylo po prověrce péče zjištěno, že je zařízení nad únosnou míru přeplněno klienty, postupně bylo zařízení modernizováno a rozšiřováno. Na počátku 20. století se objevily první směrnice pro zaměstnance, první snahy o zavedení režimu pro klienty. Zaměstnanci byli těmito předpisy silně omezováni ve své práci. Postupným vývojem historických fází procházela změnami k horšímu i lepšímu také tato léčebna. Katastrofální následky pro toto zařízení (pro budovy, zaměstnance i klienty) měla druhá světová válka. Sto let po otevření léčebny bylo zjištěno, že zastaralé vybavení a technický stav lůžkové části (730 lůžek, na pokojích mnohdy 10-14 lůžek) znehodnocují kvalitu péče o pacienty i práci zdravotnického personálu. V současné době je vyvíjena snaha nahradit lůžkovou péči ambulantní péčí, rovněž jsou pořádány „Léčebenské slavnosti“, aby odtrženost od společenského života a stigmatizace pacientů byla postupně odstraňována a klienti získali zpět svou důstojnost, jež jim byla historickým vývojem odebrána. Režim zařízení a dlouhodobé hospitalizace nevrhaly dobré světlo na tyto osoby a společnost je postupně začala „nálepkovat“ a vyčleňovat ze svého středu. (Šternberk PL, neuvedeno [online])



V rámci hlavní činnosti je náplní Psychiatrické léčebny ve Šternberku následující: poskytování psychiatrické péče v souladu s koncepcí tohoto oboru, ochranné léčení uložené soudem, zabezpečení zdravotní služby i v jiných medicínských oborech, preventivní péče, zdravotně výchovná činnost, podílí se i na předmaturitní přípravě studentů SZŠ a studentů UP v Olomouci v příslušných oborech, zabezpečení provozu a komplexní péče o pacienty. Psychiatrická péče je postavena na moderní, účelné a individuálně na pacienta cílené psychofarmakoterapii a na stejně rozsáhle rozšířené psychoterapeutické práci. Samozřejmostí je participace na výletech a poznávacích akcích, možnost využití místní čajovny, kina i tělocvičny či kaple. Návštěvy příbuzných a přátel jsou rovněž povoleny a dle možností stavu klienta jsou umožňovány i vycházky mimo areál léčebny. Na odděleních jsou přítomny režimové sestry, jež mohou klientům ve zvláštním režimu na uzavřených odděleních zajistit vycházky po areálu apod. Zdravotní stav je pacientům sdělován prostřednictvím primáře příslušného oddělení či ošetřujícího lékaře. (Psychiatrikarehabilitace.cz, neuvedeno [online])

Psychiatrická léčebna ve Šternberku přináší klientům od doby svého vzniku rozmanitou péči, snaží se dohlížet na modernizaci prostředí a využívat k léčbě aktuální trendy v psychiatrické praxi. Mezi jinými začala plně využívat možnosti získat finanční podporu pro své aktivity a projekty z Norských fondů, o nichž referuji v další podkapitole.

### **2.1.1.1 Norské fondy a Projekt START**

Vyspělé evropské státy jako Norsko, Lichtenštejnsko a Island Odvádějí určitý finanční obnos a přispívají prostřednictvím Fondů EHP a Norska 15 evropským státům, aby jim pomohly překonat ekonomické a sociální rozdíly. Zároveň je posílena spolupráce. Česká republika je dotována z těchto fondů od svého vstupu do EU v roce 2004 a jejich prostřednictvím získala již více než 6 miliard korun, čímž se stala pátým největším příjemcem. (Ministerstvo financí Česká republika, neuvedeno [online])

Norsko zřídilo také své vlastní Norské fondy. „*Do druhého období, označeného jako 2009-2014, se přidaly i státy přičoží do EU v roce 2007 a 2013. V tomto období na ČR připadlo 132 milionů euro. V květnu roku 2016 byla podepsána dohoda na třetí období, tj. 2014-2021, a Fondy EHP pro ČR připravují 185 milionů euro.*“ (DZS.CZ, neuvedeno [online])

Fondy jsou zřízeny na podporu mnoha oblastí, jejich široká rozmanitost tak poskytuje žadatelům velké pole působnosti. „Podpora je určena na projekty rozvoje a spolupráce neziskových organizací, výzkumných institucí a subjektů veřejného i soukromého sektoru. Mezi prioritní programové oblasti patří zdravotnictví, věda a výzkum, životní prostředí a děti a mládež. Důležitými oblastmi podpory jsou také rozvoj občanské společnosti, prosazování rovnosti žen a mužů, sociální začleňování a ochrana kulturního dědictví.“ (Fond pro NNO, neuváděno [online])

Mnou zkoumaná organizace Psychiatrická léčebna ve Šternberku byla rovněž jedním ze žadatelů o podpoření projektové žádosti. Projekt byl podán v rámci programu CZ11 – Veřejné zdraví a nesl název PROJEKT START (dále jen START). START reagoval na aktuální stav psychiatrické péče, probíhající reformu tohoto typu péče a kladl si za cíl nejen další zkvalitňování poskytovaných služeb, ale také přiblížení hospitalizace k ambulantní péči. Projektový návrh sám o sobě nesl několik dílčích částí – **Program Start** (soběstačnost, zdravý životní styl, podpora myšlení a společenské aktivity u hospitalizovaných klientů, délka programu je 4 týdny, účastníky jsou: ergoterapeuti, fyzioterapeuti a psychologové), **skupiny s edukační, podpůrnou a sebedopůrnou tematikou** (určen pro klienty a jejich rodinné příslušníky; skupiny rozděleny dle diagnóz, z odborníků se zapojí jednak lékaři, psychologové a terapeuti, ale postupně se zapojují také peer-specialisté) a **záměr zvýšení kvality služeb ve smyslu aktivizačních, tréninkových, pohybových, činnostních, zájmových a sociálních aktivit** (nově zavedená klubová činnost bude přístupná i extramurálním klientům, jedná se o podpůrnou součást celého léčebného procesu a prostředek k odstraňování sociálních bariér, stigmatizace apod.). (START – KRS, 2015 [online])

Projekt s finálním názvem *Projekt START – KRS Komplexní rehabilitace k soběstačnosti* měl trvání od 1. ledna 2015 do 31. července 2016. „Díky realizaci tohoto projektu byl v Psychiatrické léčebně Šternberk zaveden systém ucelené rehabilitace s cílem zlepšení péče o duševní zdraví našich pacientů. Bilaterálním partnerem celého projektu bylo Oblastní Psychiatrické centrum (OPC) v Bærum, Norsku. Výše grantu činí 17,8 mil. Kč.“ (Kučerová, 2017, s. 11)

Program Start je aktivizačně-resocializační program, v němž se klienti učí návykům soběstačnosti a jenž se snaží propojovat organizace, jež jsou poskytovateli sociálních služeb v daném regionu. Interakce mezi klientem a terapeutem je základním stavebním

kamenem programu a ten je pak nastaven tak, aby bylo možno plnit pacientova přání a potřeby. Programem má být ovlivněna kvalita života těch lidí, jejichž zdraví duševní i sociální je ohroženo. Program po dobu 4 týdnů navštěvuje ve všední dny dopoledne či odpoledne max. 8-10 pacientů. Nejčastěji se jedná o pacienty s psychotickým onemocněním, kteří již jsou přiměřeným způsobem v procesu léčení, nejsou plně soběstační a mají motivaci pro účast v tomto programu. Výhodou absolvování tohoto programu pro tuto cílovou skupinu je fakt, že cca týden po skončení kompletního programu jsou schopni návratu do svého domácího prostředí. Terapeutický tým tvoří krom pacientů také tři odborníci: ergoterapeut, režimový terapeut a cannisterapeutický pes. Součástí programu jsou jak edukační aktivity (návuk soběstačnosti v mnoha oblastech – finanční, hygiena, jednání s úřady, vaření, komunikace aj.), tak aktivity volnočasové (např. výlety, relaxace, canis- či hipoterapie, taneční terapie, práce s počítačem a další). Na aktivitách spolupracují další organizace (Charit Olomouc, Internet Poradna Olomouc, MANA, o.p.s. Olomouc, Poradna pro občanství/Občanská a lidská práva Šternberk, Zahrada 2000 Jeseník a Vida Jeseník), které přinášejí klientům možnost jak je každoměsíčně během výletu do Olomouce navštívit a seznámit se s jejich fungováním, tak provádějí prezentace a přednášky v místě léčebny, kde se dozvídají potřebné a užitečné informace např. z oblasti oddlužení, podpory samostatného bydlení, pomoci při hledání práce, lince důvěry, informací o sociálních dávkách a důchodech a mnohém dalším. Absolventi programu se pravidelně střetávají – v roce 2018 proběhne jejich již třetí setkání. (Program START, neuvedeno [online])

Projekt START a Norské fondy jsou dle mého názoru účinnou složkou léčby pacientů v Psychiatrické léčebně ve Šternberku. Optimální zapojení se do projektových žádostí přineslo zařízení finanční dotaci pro zajištění mnoha opatření, jimiž klientům usnadňují léčbu a urychlují jejich návrat do přirozeného prostředí. Krom toho také umožňují sociální interakci klientů během léčby a jejich zapojení do komunitního života.

## **2.2 Typy klientů v psychiatrických léčebnách**

*„Některým z duševních onemocnění je v Evropě každý rok zasaženo přibližně 38,2 % obyvatel,“* jak vyplývá z citace uvedené Winklerem, Španielem, Csémym, Janouškovou a Krejníkovou (2013, s. 10) v publikaci *Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení*.

Reforma psychiatrické péče, o níž jsem referovala v předcházející kapitole, se dotýká zejména uživatelů péče (pacientů/klientů a jejich rodin), proto je přirozené a samozřejmé, že v celém procesu budou oni těmi, na něž bude cílena majoritní část veškerých nastolených změn. Pro reformu je nesmírně důležité, aby i oni mohli vyjádřit své názory a postoje a mohli se tímto zapojit do reformního procesu. Stigmatizace pacientů psychiatrických léčen a obecně uživatelů psychiatrické péče byla značná, vznikaly tak komplikace v jejich dalším životě při začleňování se zpět do společnosti. Myšlenkou reformy je pomoci těmto osobám cítit se rovnocenně, odbourávat následky a předsudky vůči těmto osobám a co nejvíce eliminovat překážky v jejich dalším společenském i pracovním životě, aby mohlo dojít k zlepšení kvality jejich života. (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017, s. 7)

Výkonů prováděných v psychiatrických ambulancích je nespočetné množství. Dle statistiky uvedené v dokumentu Psychiatrická péče 2016 byly nejčastějšími diagnózami stanoveny neurotické poruchy (40 %) a afektivní poruchy (18 %), dále pak byly uváděny organické duševní poruchy, schizofrenie a psychické problémy způsobené návykovými látkami. Dalším častým problémem sledovaným těmito ordinacemi byla také Alzheimerova choroba a sebepoškozování, méně často oproti předcházejícím letům byly zaznamenány sexuální dysfunkce aj. (Nechanská, Jann, Nováková, Kudrna, Slábová, Pašingerová, 2017, s. 13-14)

Typů poruch, s nimiž přicházejí pacienti na psychiatrii, je mnoho. Malá (Malá, Pavlovský, 2002, s. 114-120) uvádějí následující typy a jejich charakteristiku: **pacient s demencí** (velmi často úzkostní lidé, dezorientovaní v čase i prostoru, se ztrátou paměti, s iracionálním jednáním, bloudící a ztrácející se, silně podezřívaví, se změněným denním rytmem a neschopností vykonávání každodenních úkonů a sebeobsluhy, vč. hygieny, někdy apatičtí, zmatení, introvertní a nedůvěřiví), **pacient s bludy a schizofrenií** (nepřiznávají si chyby ve svém úsudku a v posuzování reality, snaží se myslet v přesných pojmech, ale vytvářejí z nich mylné konstrukce skutečnosti, dominantní osobnosti s manipulativními sklony a provokativním jednáním), **paranoidní pacient** (nedůvěřiví, podráždění jedinci, velmi těžce snášejí kritiku, nezřídka se (sebe)destruktivním chováním, svá vlastní selhání přisuzuje druhým), **izolovaný psychotický pacient** (téměř neprojevují emoce, uzavřený, bez zájmu, nekomunikativní, odmítavý, sklony k autistickým projevům chování), **pacient s halucinacemi** (ještě více si udržují odstup od dalších osob než pacienti s bludy, halucinace jim nahrazují chybějící vztahy a

interakce, pokud se podaří je halucinací zbavit, velmi často je jim tato ztráta líto), **depressivní pacient** (důležitý je téměř permanentní dohled, chvála za vykonané aktivity povzbuzování, mohou být hněviví, silně smutní, se suicidními sklony), **neurotický pacient** (subjektivní úzkostný pocit, napětí a pocit ohrožení, strach z budoucích událostí, neklidnost, rozrušenost a ustrašenost, či naopak jízlivá nadřazenost, podceňování a sklony ke zlehčování sebe sama) a **neurotický pacient s obsedantně-kompulzivní poruchou** (vtíravé myšlenky a nutkavé jednání mu znemožňují běžné chování a jednání, má složité rituály a zvyky – ty přinášejí úlevu, potřebují bezpečné prostředí s malým množstvím výkyvů a změn, ty jim nedělají dobře).

Faktorů, jež mohou přispět k rozvoji psychiatrického onemocnění, je celá řada, např. psychiatr Jarolímek (2014) uvádí, že *„agrese v rodině se může přidat k dalším faktorům (dědičné vlohy, stresové situace, experimentování s drogami, atd.), které v souhrnu vedou k propuknutí duševní choroby.“*

Z výše uvedeného výčtu je patrné, že práce s takto nemocnými lidmi bude vyžadovat rozmanité přístupy a řešení jejich nelehké životní situace. Je na zdravotnickém personálu v těchto zařízeních, jaký zvolí přístup. V předcházejících kapitolách bylo uvedeno, že v minulosti bývalo zvykem pacienty ponechávat v dlouhodobější hospitalizaci, v současnosti se již řadu let od tohoto upouští a díky reformě psychiatrické péče a sociální péče obecně je vyvíjena snaha navracet pacienty s duševními poruchami do běžného života. K tomu může přispívat právě také Projekt START, jež jsem popisovala v předcházející podkapitole.

Pro komplexnost výzkumu k bakalářské práci jsem zařadila i tuto podkapitolu, aby bylo patrné, s jakou šíří a rozmanitostí osobností pacientů pracují v psychiatrických léčebnách jejich pracovníci. Nutnost uzpůsobit léčbu individuálním potřebám všech těchto osobností je nasnadě, a proto v další kapitole zaměřím svou pozornost na jeden ze současných trendů, jímž je metoda otevřeného dialogu.

### 3 Sociální pracovníci

Sociální pracovníci, jakož i zdravotnický personál v psychiatrických léčebnách je vystaven řadě nároků, jež je třeba naplnit. V této kapitole se zaměřím na charakteristiku této profese, požadavky kladené na zaměstnance v této profesi, a to jak v osobnostní, tak i pracovní rovině a v neposlední řadě se chci zaměřit na jejich přímou práci s klienty.

#### 3.1 Charakteristika profese – nároky na vzdělání, kompetence a osobnostní předpoklady

Pracovník v sociálních službách je ustanoven zákonem o sociálních službách č. 108/2006 Sb. a je jím ten, kdo vykonává: **přímou obslužnou péči** (v ambulantních i pobytových zařízeních), **základní výchovnou nepedagogickou činnost** (např. nácvik základní sebeobsluhy, hygienických či pracovních návyků apod.), **pečovatelskou činnost v domácnosti osoby** (spočívá v přímém kontaktu s osobami s fyzickými a psychickými obtížemi a komplexní péči o jejich bydlení) a **pod dohledem sociálního pracovníka vykonávající činnost základního sociálního poradenství**. Dalšími pracovníky v sociálních službách pak jsou zdravotníci, pedagogičtí pracovníci, manželští a rodinní poradci a další. Využíváni jsou také dobrovolníci, pro něž platí speciální právní předpisy. (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 79-80)

Ze standardů kvality poskytovaných sociálních služeb vyplývá (zejména v oblasti č. 9 a 10 – Lidské zdroje a vzdělávání pracovníků v sociální sféře), že lidské zdroje „*jsou rozhodujícím faktorem veškerého rozvoje. Jejich význam v sociálních službách je v současné době akcentován jednak požadavky na kvalitu poskytovaných sociálních služeb, jednak zvyšováním úlohy znalostí v sociálně-ekonomickém rozvoji jednotlivých poskytovatelů sociálních služeb.*“ (Čámský, Sembdner, Krutilová, 2011, s. 182)

Mlýnková (2016, s. 27) uvádí základních pět oblastí předpokladů, jež musí ošetřovatel splňovat, jsou jimi tyto následující: **senzomotorické předpoklady** (základem je plná pohyblivost a obratnost, rovněž je důležitá také manuální zručnost, neboť péče bývá náročná na fyzickou stránku), **estetické předpoklady** (adekvátní, důvěryhodný vzhled pečovatele a snaha stejnou měrou pečovat o klienta), **intelektové předpoklady** (schopnost zaujmout k řešeným problémům adekvátní stanovisko po posouzení situace, aktivní vyhledávání přijatelných způsobů řešení vyskytlých situací), **sociální předpoklady** (prosociální přístup k lidem, schopnost vžít se do druhého, sebekontrola

vlastního chování, ochota pomoci ostatním) a **autoregulační předpoklady** (adaptabilitnost, odolnost vůči stresové zátěži, oproštění se od vlastních potřeb a zájmů ve prospěch zájmů opečovávaného).

Kvalifikační předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka jsou zakotveny rovněž v zákoně o sociálních službách, kde se stanovuje, že sociální pracovník musí být způsobilý k právním úkonům, bezúhonný, zdravotně způsobilý a odborně způsobilý. V posledním jmenovaném bodě je pak několik možností, jak adekvátní kvalifikace dosáhnout: vyšším odborným vzděláním, vysokoškolským vzděláním zaměřeným na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální politiku, sociální péči aj. Dále je možné kvalifikaci získat absolvováním akreditovaných kurzů v oblastech výše jmenovaných, jejichž rozsah je stanoven na 200 hodin a praxe pracovníka v té době je delší než 5 let (podmínkou je také, že má již absolvováno nějaké vysokoškolské studium mimo uvedené obory, v případě, že má pouze středoškolské studium ukončené maturitní zkouškou, prodlužuje se podmínka nutné absolvované praxe na 10 let). (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 80-81)

Jelikož je předmětem práce zkoumání využití otevřeného dialogu v praxi, je nasnadě, že interakce mezi klientem a pečovatелеm bude důležitou součástí spolupráce a léčby. Úlehla (2005, s. 27) zmiňuje, že pracovník je nucen v každé činnosti a chvíli jednání s klientem činit rozhodnutí a vybírat z nabídnutých možností v dané situaci tu nejlepší možnou. Důležitou součástí jeho práce tedy je rozhodně odpovědnost, bez níž se ale samozřejmě neobejde žádný z členů léčebného týmu.

Nároky na osobnost, kvalifikaci a dovednosti sociálního pracovníka, resp. pracovníka v psychiatrické péči, jsou skutečně značné. Domnívám se, že zajištění odborné péče vyžaduje od těchto pracovníků maximální nasazení nejen proto, aby jejich práce s klientem přinesla kýžené výsledky, ale také proto, aby uspokojení z odvedené činnosti byla oboustranná. Odpovědnost ležící na pečovateli, lékařích a dalších odbornících je značná, ale jelikož je v současnosti prosazován model spolupráce s klientem při řešení problémů, je rozložena k více osobám, čímž může být odborník zbaven částečně neúnosné zátěže kladené na jeho osobu, není totiž jediným zodpovědným člověkem v daném léčebném procesu.

## 4 Otevřený dialog

Otevřený dialog je v současnosti jedním z fenoménů v psychiatrické praxi a nejspíš nejen v ní. Metoda umožňuje lékařům a dalším pracovníkům přímější kontakt s léčenou osobou, odstraňuje bariéry při cestě za vyléčením a nabízí nesmírné množství možností, jak urychlit léčebný proces, proto se na něj zaměřím v následující kapitole.

### 4.1 Vývoj otevřeného dialogu jako přístupu k řešení problémů

Základem řešení jakýchkoliv problémů v psychoterapii je komunikace, což znamená „sdělování významů v interpersonálním kontextu s cílem ovlivňování druhého a navozování žádoucí změny.“ (Vymětal a kol., 1997, s. 14)

Berger a Luckmann (1999, s. 39) doplňují, že „*lidské vyjadřování má schopnost objektivizace, což znamená, že se může projevat v produktech lidské činnosti, které jsou jak jejich autorům, tak ostatním lidem dostupné jako prvky společného světa.*“ Z výroku vyplývá, že skrze komunikaci, řeč a jazyk lze spolusdílet veškeré dění kolem nás. Právě tyto principy nezůstaly bez povšimnutí mnoha odborníků, jež je zapracovali do svých novátorských pojetí péče o pacienty.

Konverzace je základem lidského dorozumívání a lze ji využít i během terapeutické práce s klienty. Poté „*terapii můžeme charakterizovat jako konverzaci/dialog odehrávající se (nahlas) mezi klientem a terapeutem a (potichu) uvnitř klienta a terapeuta. Nazývám tento proces dialogickou konverzací.*“ (Anderson, 2009, s. 96)

Za vznikem otevřeného dialogu jako terapeutického přístupu stojí psycholog Jaakko Seikkula, Ph.D., jenž jej vytvořil na základě zkušeností z přímé praxe při terapii psychóz na jedné z finských klinik. Do té doby pacienti odloučení od blízkých lidí i komunity začali zůstat v kontaktu s rodinou a dalšími lidmi ze sociálního okolí a všichni společně, nikoliv jen na úrovni pacient – lékař, hledali řešení pro pacientovy obtíže. V tom nejlepším případě v takové podobě, aby se klient obešel bez užívání farmakologických přípravků a nutnosti umístění na lůžkovém oddělení. Rozvíjením dialogu a nastavení mnohvrstevnaté a propojené spolupráce nejrůznějších subjektů se velmi brzy setkal s veskrze pozitivními výsledky a vydobyl si pozornost odborníků z celého světa. (Narativ.cz, neuveďeno [online])



Otevřený dialog začal vznikat již v 80. letech 20. století v Západním Laponsku, zpočátku byl využíván při léčbě schizofrenie. Postupem času ale došlo k rozšíření léčebného využití i na další onemocnění – psychotické krize, deprese, poruchy příjmu potravy aj. Průběžně docházelo k mnoha inovacím, jež metodu otevřeného dialogu nadále zlepšovaly. Model tzv. léčby přizpůsobené potřebám je doplněn o další prvky – dialogické, sociálně konstrukcionistické a také o principy rodinné terapie. Přirozenou součástí je podmínka práce v přirozeném prostředí pacienta s akutní psychosociální krizí, pro nějž je vytvořena organizovaná struktura léčby a zároveň se jedná také o jistou obdobu psychoterapie. Všichni členové léčebného týmu mají své úkoly a napomáhají dosažené léčebného cíle dle společně vytvořeného plánu léčby. Ten je adaptován průběžně na vzniklé podmínky všech účastníků procesu. (Otevrenedialogy.cz, neuvedeno)

O jednom ze základních principů metody hovoří ve svém příspěvku také Burton (2015), který uvádí následující myšlenku – otevřený dialog je spíše o vytváření možnosti diskutovat než o přímé podpoře změn. Jeho cílem je umožnit, aby členové komunikační sítě našli své vlastní psychologické prostředky, jež jim pomohou překonat problém. Pokud má docházet k transformaci pacientova stavu, musí být přítomni i lékaři. Program na setkání však nebývá stanoven, je to spíše o improvizaci. Terapeut se naladí na skutečný jazyk, jež používá rodina pacienta, a považuje jej za výchozí bod svého snažení, porozumění je základ úspěšné léčby. Klinický tým naslouchá pacientovi a jeho blízkým, nevytváří dogmatické hypotézy a neinterpretuje vše vlastními slovy, jež by mohla umlčet různá vysvětlení a myšlenky nabízející se v průběhu terapie, mohlo by tak totiž dojít ke ztrátě cenného zdroje pochopení a vhledu do problému. Z uvedeného plyne, že důraz na nalezení společného tématu, bez odsuzování názoru a pohledu druhých je skutečně základem celého snažení týmu.

Z mnoha výzkumů, jejichž autory ve své knize uvádí Seikkula (2013, s. 50), vyplynulo sedm hlavních principů tohoto terapeutického přístupu: **okamžitá pomoc** (první pomoc by člověku s akutní krizí měla být poskytnuta nejpozději do 24 hodin, nemělo by se vyčkávat, až se projeví před dalšími týmovými členy), **perspektiva sociálních sítí** (do procesu léčby by co nejdříve měla být přizvána blízká rodina a další důležité a významné osoby v pacientově životě, kteří by mu měli zajistit pocit sounáležitosti i v složité životní situaci, měli by vyjadřovat podporu, tyto lidé mohou v kooperaci s pacientem nebo z vlastní iniciativy určit problém, jenž má být řešen – teprve po pojmenování problému

se skutečně stává problémem), **flexibilita a mobilita** (schopnost adaptabilního jednání a chování celého týmu a schopnost přizpůsobit se měnícím se podmínkám léčby a potřeb pacienta, jeli to možné, děje se tak v domově pacienta), **týmová odpovědnost** (jedná se o princip jasného stanovení kompetencí a úkolů, za něž jsou jednotliví členové odpovědní a jež musí vykonat, tým přebírá odpovědnost za jednotlivé kroky stejně jako jednotlivci), **psychologická kontinuita** (odpovědnost týmu trvá tak dlouho, dokud je to potřeba s ohledem na probíhající léčbu – ať už je ambulantní nebo hospitalizační formou, multidisciplinární tým je zárukou, že se pacientovi dostane komplexní péče a nezůstane na svou léčbu sám, vždy je někdo k dispozici jako facilitátor), **tolerance nejistoty** (základem je zajištění pocitu bezpečí a také mobilizace lidských psychologických zdrojů; potřebná je důvěra v celý proces a vytvoření pravidelnosti alespoň v prvních dnech léčby, po úpravě režimu pak je možné jednat a domlouvat setkání dle přání pacienta a rodiny) a **dialogismus** (primární je otevřená komunikace se všemi a podpora této komunikace, druhotně se zaměřujeme na podporu změny u pacienta či rodiny, dialog slouží k získání nadvlády nad vlastním životem). (Seikkula, 2013, s. 49-58)

Z výše uvedeného je patrné, jak je nastaven model otevřeného dialogu pro praxi. Metoda je lidská, založena na interakci klienta, jeho blízkých a týmu odborníků, jež společně se všemi vytvářejí plán léčby. Právě pomoc skrze komunikaci, otevřený dialog o tom, co klienta a jeho blízkí trápí, dává prostor pro nalezení společných řešení, jež budou vhodné pro všechny zúčastněné a jimiž se urychlí léčba pacienta.

## 4.2 Využití otevřeného dialogu v praxi

Výše byly popsány charakteristické prvky přístupu otevřeného dialogu při práci s klienty. Z dlouhodobého hlediska se prokázalo ve výzkumech samotného Seikkuly a jeho týmu, ale i dalších, že nabídnutá pomoc lidem s duševním onemocněním má pozitivní účinky pro jejich osobu. Čas potřebný k vyléčení dosud neléčené psychózy klesl na tři týdny, použita byla jen 1/3 antipsychotik oproti běžnému stavu dříve, 83 % klientů se po léčbě vrátilo plně do pracovního procesu, neméně pozoruhodný je výsledek v léčbě pacientů se schizofrenií, který uvádí, že roční výskyt nových schizofrenických stavů poklesl po zavedení metody z 33 na 2-3 ročně. (Developing Open Dialog, 2018 [online])

Matoušek, Novák, Ukropová a Lacina (neuveďeno) na svém shrnujícím posteru k otevřenému dialogu uvádějí výsledky úspěšnosti realizace přístupu otevřeného dialogu,

jež vzešly z longitudinálního výzkumu Seikkuly a jeho kolektivu v roce 2011, kde byly porovnány čtyři kategorie, kdy první číslo je výsledek po využití otevřeného dialogu, druhé číslo je výsledek při využití klasické léčby ve Stockholmu: počet dní hospitalizace se pohyboval u otevřeného dialogu průměrně kolem 31 dnů, u klasické léčby cca 110. Pobírání invalidního důchodu či nemocenské se týkalo při využití otevřeného dialogu cca 19 % osob, u klasické léčby 62 % pacientů. Antipsychotika využívalo 33 % klientů léčených pomocí otevřeného dialogu, ale 93 % pacientů, u nichž byla aplikována klasická léčba. Dlouhodobě pak antipsychotika užívalo 17 % lidí, jež prošly léčbou pomocí otevřeného dialogu, a 75 % klientů, kteří byli léčeni klasicky. Z výsledků je patrné, jak je úspěšnost této mnohovorstevnaté a přitom na relativně jednoduchém základu postavené metody výrazná.

Skorunka uvádí (2010, s. 253), že Seikkulův přístup k dialogu není založen na bohapusté výměně informací, ba naopak se jedná o koexistenci určité sociální skupiny, vzájemně provázané jednání, vytváření společného jazyka a zvyků, jež vedou k porozumění a vzniku dočasného mezilidského sdílení. Principem není práce s jedním člověkem, ale s multidisciplinárním týmem, který nabídne pohled na skutečnost z více úhlů pohledu. A právě tato mnohostrannost a nikoliv je jednostranný dialog mezi nemocným a lékařem vede k účinnější a rychlejší léčbě pacienta.

Seikkula (2013, 118-120) uvádí několik jednoduchých instrukcí, jimiž se mají řídit pracovníci, již využívají otevřený dialog v praxi: **vytváření bezpečí a minimalizace úzkosti** (rovnocennost všech partnerů dialogu, tým odborníků má na starosti vytváření bezpečného prostředí a zvyšování předvídatelnosti setkání ve smyslu vytváření rychlých závěrů a vyvozování doporučení k postupu léčby a stejně tak by z jejich strany měla být patrná snaha o zajištění péče po celou dobu, kdykoliv to pacient potřebuje, kdykoliv se cítí být ohrožen svým problémem), **otevírání diskuze a projevování skutečného zájmu o to, co každý člověk říká** (nepřípustné je snižování názorů a pohledu na problém jiných lidí, žádný z názorů není špatný, vychází totiž ze zkušenosti daného jedince, odborníci musí následovat jazyk klienta, nikoliv ho přeučovat na jazyk svůj, mají se mu přizpůsobit, proces je pak pro pacienta více srozumitelný), **vytváření dialogických projevů** (nesmí se zamezovat projevům a vyjadřování emocí, nejsou totiž nebezpečné, odborníci musí poskytovat klientovi čas na klidnou odpověď, nesmí spěchat, vhodné je vyjadřovat účast, povzbuzovat a z celkového tělesného postoje vyjadřovat rozvahu, klid, jistotu a opravdový zájem), **poskytování odezvy na vše, co se říká** (neznačená to interpretovat

každé slovo vyřčené během konverzace, ale spíše analyzovat ty nejdůležitější informace, zopakovat slova předešlých řečníků a doplnit svým úhlem pohledu, přerušování řeči není vhodné), mluvení sám za sebe (na začátku dialogu stanovit pravidlo, že není potřebné vyjadřovat své myšlenky skrze jiné, ale mluvit sám za sebe, popisovat své prožitky a zkušenosti). Na závěr tohoto doporučení Seikkula ještě dodává, že všechna výše uvedená opatření jsou relativní a více než striktní sledování jejich dosažení je důležité být přítomný a uvědomělý, být opravdový. Dialogem mohou staré informace dostat nový význam a mohou být přineseny do vzhledu do situace informace nové, jež ještě více rozšíří obzory a napomohou léčbě.

Balášová (2013) popisuje setkání otevřeného dialogu dle Seikkuly a Arnkila (Narativ.cz, neuvedeno [online]) následovně: velkou roli hraje včasnost setkání s klientem, jenž má akutní psychotické obtíže, jelikož se tím značnou měrou snižuje potřeba tohoto klienta hospitalizovat a nasadit medikamentózní léčbu. Otevřené setkání může probíhat jak v nemocničním prostředí, tak také v domáckém prostředí klienta. Léčba je vytvořena tzv. na míru potřebám konkrétního pacienta, tým odborníků společně s klientem a dalšími (ať už rodinnými či jinými příslušníky) vytvářejí plán postupu – zda hospitalizovat, jakou strategii zvolit, kde hledat oporu pro pacienta apod. V jednom týmu jsou obvykle tři odborníci (psychiatr, psycholog a ošetřovatelka), k týmu se přidávají další osoby (viz. výše) a společně spolupracují po celou dobu léčby, bez ohledu na její očekávanou délku. Pacient tím, že se s ním jedná celou dobu přímo a v jeho přítomnosti, získává větší sebejistotu, neuchyluje se k regresivnímu, nevhodnému způsobu myšlení a jednání. Společným úsilím nachází celý tým společnou řeč a rozkrývají nesnadně srozumitelné a popsitelné zkušenosti klienta i jeho blízkých. Setkání nemívají žádnou konkrétní strukturu, vše se děje improvizovaně a vychází to z aktuálních potřeb. Po každé reflexi dochází k výzvě k okomentování právě slyšeného a doplnění svého pohledu, každý má tedy nárok na to se k tomu vyjádřit a nastavit pohled ze svého stanoviska. V počáteční fázi léčby jsou setkávání frekventovanější a delší (cca hodinu a půl denně), tým ale po uvolnění počátečních obtíží zůstává nadále v kontaktu, dokud nedojde k úplnému uzdravení.

O roli terapeuta při terapii, na níž jsou přítomni také rodinní či jiní příslušníci sociálních skupin, hovoří také Horsten (2004, s. 307-308), který zdůrazňuje potřebu zachování jeho neutrality a permanentní snahu o vytváření přívětivého a chápajícího prostředí pro všechny rovnocenným dílem a způsobem. Nemělo by docházet k situacím, kdy se některý z terapeutických klientů bude cítit nekomfortně, nadbytečně, nepochopeně. Terapeut zde

není v roli mentora, ale spíše facilitátora, jenž usnadňuje, monitoruje a usměrňuje terapeutické sezení.

V zahraničí komentují otevřený dialog a jeho využití v praxi následovně – Lakeman (2014, s. 32) říká, že otevřený dialog při práci s psychotickými pacienty nemusí být vždy empiricky podpořen, ale jeho vývoj je aktuálně pečlivě zaznamenáván. Pokud bychom se zaměřovali na filosofickou orientaci tohoto přístupu, pak zjistíme, že se nejvíce blíží filosofiím orientovaným na člověka, nebo soustředěným na obnovu, čemuž se mnohé služby snaží v současnosti přiblížit. Pozitivem pro budoucnost je fakt, že v zahraničí již zkouší využívat metody dialogu i v jiných oblastech a vyvíjet další nové možnosti léčby duševních onemocnění.

Otevřený dialog staví na jednoduchém principu komunikace s pacientem, ale nikoliv o něm bez něj, ale o něm s ním a dalšími jemu blízkými lidmi. Pacient a jeho bližní jako spolutvůrci léčebného plánu jsou dle mého názoru inovativní a přínosný způsob, jak usnadnit léčbu pacientů, neboť pocíťovaná podpora a porozumění ze strany odborníků i blízkých je facilitátorem při procesu léčby pro každého člověka bez ohledu na jeho onemocnění.

## **Výzkumná část**

V následující části bakalářské práce popíši, jakým způsobem je aplikován systém otevřených dialogů v rámci poskytování sociální péče v PL Šternberk. Ve výzkumné části stanovím cíl výzkumu, výzkumnou otázku a možné podotázky, určím metodu výzkumu a techniku sběru dat. V další fázi popíši techniku výběru výzkumného vzorku.

Za nedílnou a nesporně důležitou součást výzkumu považuji uvědomění si a označení etických problémů výzkumu. S ohledem na skutečnost, že budu provádět výzkum v malém zdravotnickém zařízení, kde jsem i zaměstnancem a kde by bylo možné jednotlivé respondenty identifikovat, nebudu z důvodu anonymizace respondenty představovat, pouze uvedu jejich pracovní zařazení a pohlaví.

## 5 Metodologie výzkumu

V této podkapitole popíši jednotlivé fáze svého výzkumu od stanovení cílů a výzkumných otázek, uvedu pozitiva a negativa zvolených technik a metod výzkumu a způsoby analýzy dat.

### 5.1 Cíl výzkumu a výzkumná otázka

Základem pro můj výzkum bylo studium odborné literatury a dalších tištěných i elektronických zdrojů, z nichž jsou vybrané relevantní informace uvedeny v teoretické části práce, kde jsem se zabývala transformací sociálních služeb, aktuálním stavem psychiatrické péče v České republice, přičemž jsem se cíleně zaměřila na zvolené zařízení, v němž proběhlo i výzkumné šetření, jež budu popisovat na dalších stránkách. Součástí teoretického bádání bylo také zjištění informací vedoucích k pochopení otevřeného dialogu jako terapeutického přístupu, jenž je využíván při práci s psychicky nemocnými osobami, a také uvedení do problematiky povolání sociálních pracovníků. Při stanovování cíle výzkumu jsem si stanovila hlavní cíl, jež následně rozdělím do dalších dílčích cílů, které mi pomohou získat odpovědi na výzkumné otázky.

Hlavním cílem práce je zjistit pomocí kvalitativně postaveného výzkumu, **jak probíhá proces transformace v psychiatrické léčebně ve Šternberku**. Hlavní cíl jsem si pak rozdělila do tří dílčích cílů, jež jsou:

1. dílčí cíl: Zjistit, jak jsou zaměstnanci **informováni o postupu procesu transformace**.

2. dílčí cíl: Zjistit, jak jsou **využívány Norské fondy** (vč. spolupráce s externími organizacemi) ve prospěch práce s klienty.

3. dílčí cíl: Zjistit, jak je využívána **metoda otevřeného dialogu při práci s klienty** psychiatrické léčebny.

S ohledem na charakter, zaměření a cíle práce považuji za nejvhodnější metodu vedení výzkumného šetření kvalitativní výzkum, jež charakterizuji v následující podkapitole.

## 5.2 Kvalitativní výzkum

Jako nejvhodnější pro zpracování mého zvoleného tématu a pro porozumění výzkumné situaci se jeví metoda kvalitativního šetření. Disman (2011, s. 285) popisuje kvalitativní přístup jako šetření bez využití číselných údajů, čímž se liší od kvantitativních šetření, a se schopností interpretace sociální reality. Kvalitativní přístup je ceněný pro svou možnost sledovat fenomény a situace, jež jsou neopakovatelnými, je schopen vnímat prostředí a vazby na kontext vzniku daných fenoménů, pracuje v reálném čase a dynamicky. Miovský (2006, s. 13-16) uvádí, že kvalitativní výzkum nelze zcela odosobnit právě pro jeho přímý kontakt výzkumníka s objektem výzkumu. Jak ale zdůrazňuje Reichel (2009, s. 64), v průběhu výzkumného šetření se postupem času *„objevují se další hypotézy, ty se dále zpřesňují či ukazují jako neopodstatněné atd. Sběrání dat probíhá simultánně s jejich hodnocením.“* Na základě průběžných zjištění se výzkumník dále rozhoduje, jakým způsobem vést v dalších fázích výzkum.

Pro potřeby svého výzkumného šetření jsem vybrala polostrukturované interview jako nejvhodnější. Polostrukturovaný rozhovor je jedním z typů výzkumných rozhovorů – dle Reichela (2009, s. 111-112) dělíme rozhovory na volný (s podtypem narativní), polostrukturovaný a strukturovaný rozhovor. Miovský (2006, 135-137) specifikuje, že tento typ rozhovoru využívá některé prvky strukturovaného a také nestrukturovaného interview. Výzkumník je vybaven předem určitým penzem otázek, jejichž přesné dodržení však u takto vedeného rozhovoru není striktně vyžadováno, je tedy možné měnit pořadí a podle vývoje výzkumné situace také přidávat další, často vhodnější a zpřesňující otázky, jež povedou ke stanovenému cíli. K pozitivům této metody lze řadit možnost flexibilně reagovat na podněty ze strany informantů a zajištění přirozeného vedení rozhovoru. K negativům zcela jistě řadím časovou náročnost (a to nejen při sběru dat, ale také při jejich následném zpracování) a nutnost být obeznámen do hloubky se zkoumanou problematikou kvůli potřebě adekvátně reagovat na vzniklé situace během rozhovorů.

Výzkumné šetření k mé bakalářské práci bylo provedeno září – listopadu 2017.



### 5.3 Charakteristika výzkumného vzorku

Realizace výzkumu proběhne v Psychiatrické léčebně ve Šternberku, toto zařízení bylo z historického hlediska i z hlediska poskytované péče blíže popsáno v kapitole 2.1.1 a 2.1.1.1 v této bakalářské práci. Jedná se o příspěvkovou organizaci, jejímž zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví ČR. Nejčastějšími klienty tohoto zařízení jsou lidé s psychickými poruchami a nabízené služby jsou poskytovány ve třech formách – ambulantně, ale také jako lůžkové a pobytové služby. (Psychiatrická léčebna Šternberk, 2017)

Mými respondenty jsem zvolila zaměstnance Psychiatrické léčebny ve Šternberku. Při výběru výzkumného vzorku jsem se řídila pravidly pro účelový výběr respondentů – dle předem zvolených kritérií jsem vytipovala vhodné informanty, jež jsem oslovovala s žádostí o poskytnutí rozhovoru.

Disman (2002, s. 111-113) ve své publikaci uvádí, že výzkumník na základě svého logického úsudku vybírá své respondenty, musí přesně a věcně popsat populaci, již do vzorku zahrne. Účastníci výzkumu jsou vyhledáni na základě splnění stanovených kritérií.

Má **kritéria pro výběr byla celkem dvě**: a) respondent bude zaměstnancem Psychiatrické léčebny ve Šternberku (a to buď na pozici sociálního pracovníka, nebo pracovníka v přímé péči, nebo psychologa), b) respondent bude pracovník seznámený s probíhající transformací v zařízení.

V srpnu 2017 jsem oslovila paní prim. MUDr. Hanu Kučerovou, ředitelku Psychiatrické léčebny Šternberk, se žádostí o umožnění realizace výzkumu pro mou bakalářskou práci. Žádost mi byla ústně i písemně schválena. Poté jsem od září do listopadu pomocí polostrukturovaných rozhovorů sbírala data potřebná pro výzkumné šetření.

Aby byla zachována anonymita dotázaných, přidělila jsem respondentům označení dle pohlaví (žena/muž) a pracovní zařazení.

Celkem jsem oslovila 9 respondentů, z toho 2 muže a 7 žen; charakteristiky dotázaných uvádím níže v přehledu:

Respondent č. 1 (resp. č. 1) – žena, sociální pracovnice.

Respondent č. 2 (resp. č. 2) – žena, sociální pracovnice.

Respondent č. 3 (resp. č. 3) – muž, psycholog.

Respondent č. 4 (resp. č. 4) – muž, pracovník v přímé péči.

Respondent č. 5 (resp. č. 5) – žena, pracovník v přímé.

Respondent č. 6 (resp. č. 6) – žena, všeobecná sestra.

Respondent č. 7 (resp. č. 7) – žena, ošetřovatelka.

Respondent č. 8 (resp. č. 8) – žena, všeobecná sestra s doškolením z psychiatrie.

Respondent č. 9 (resp. č. 9) – žena, sanitářka.

## 5.4 Analýza dat

Při analýze dat budu vycházet z principů stanovených zakotvenou teorií. Analýza pak bude provedena pomocí otevřeného a axiálního kódování. Strauss a Corbin (1999, s. 39-40) uvádějí, že tyto typy kódování je možné v rámci analytické práce plynule střídat.

**Zakotvenou teorii** představují Strauss a Corbin (1999, s. 14-15) vychází z údajů různorodého charakteru, na jejím podkladu lze konstruovat obraz reality. Základním požadavkem je, aby informačně byla srozumitelná a její obsah byl rozveden do takové šíře, aby byl smysluplný jak pro respondenty, tak i pro odborníky z praxe. Takto konstruovaná teorie je věrným odrazem skutečnosti dané zkoumanou oblastí a popisuje a vysvětluje její prvky.

Reichel (2009, s. 167) uvádí, že „*v zakotvené teorii se rozlišuje trojí druh kódování.*“ Dále pak uvádí, že se jedná o kódování otevřené, axiální a selektivní. Pro účely své práce využiji pouze první dva typy. **Otevřené kódování** slouží k zpracování prvotních získaných informací. Na jeho základě vznikají první skupiny údajů, kategorie, u nichž jsou popsány jejich základní charakteristiky. **Kódování axiální** umožňuje vyhledávání souvztažností, příčin a důsledků mezi objevenými kategoriemi, jedná se o propojovací prvek, jenž umožňuje popsat vztahy mezi zkoumanými kategoriemi.

Analýza zjištěných výsledků pak proběhne v samostatné kapitole a v návaznosti na ni dojde ke komparaci těchto údajů s informacemi uváděnými v teoretické části mé bakalářské práce.

## **5.5 Etické problémy výzkumu**

Před zahájením vlastního interview byl každý z respondentů seznámen s účelem sběru dat a s jejich následným plánovaným využitím, dále také se skutečností, že ředitelka zařízení s poskytováním těchto rozhovorů souhlasí. Dále byli respondenti seznámeni s tím, že rozhovory se poskytují na dobrovolné bázi a je možné kdykoliv v jejich průběhu rozhovor přerušit či úplně ukončit. Jednotliví účastníci výzkumného šetření pak byli požádáni o souhlas s poskytnutím rozhovoru a rovněž o souhlas, zda je možné rozhovor nahrávat na diktafon. Vlastní rozhovor byl pak uskutečněn až po poskytnutí souhlasu ze strany respondenta výzkumu. Záznam rozhovorů na diktafon byl zvolen proto, že je díky němu možné zachytit i drobné detaily rozhovoru a je možné se ke všem jeho částem následně opakovaně vracet během zpracovávání dat.

Jelikož byl výzkum prováděn v jedné organizaci, kde by bylo možné na základě přesnějších charakteristik identifikovat poskytovatele rozhovorů, byli respondenti ubezpečeni, že nahrávky a jejich doslovné přepisy, tzv. transkripce (převod mluveného slova do psané podoby), budou využity pouze pro toto výzkumné šetření a nebudou využity k dalším účelům či k diskreditaci respondentů.

Rozhovory byly na základě přání respondentů uskutečněny v jejich pracovnách, kde se cítí nejvíce komfortně. Časová dotace jednotlivých rozhovorů se pohybovala v intervalu 45 – 90 minut.

## 6 Výsledky výzkumu

Hlavním cílem mého výzkumu bylo zjistit, jak probíhá proces transformace v Psychiatrické léčebně ve Šternberku. Analyzovala jsem následně každý z dílčích cílů zvlášť a níže uvádím výsledky svého šetření. Odpovědi jednotlivých informantů jsou označeny přiděleným číslem daného respondenta, jež uvádím v závorce za záznamem jeho vyjádření. Jednotlivé otázky z rozhovoru jsem přidělila dle témat k danému dílčímu cíli. Výňatky z rozhovorů, jež uvádím níže v analýzách, jsou zaznamenány i s případnými stylistickými a gramatickými chybami, je zde však doplněna náležitá interpunkce. Do přepisů jsem nezařazovala nonverbální část komunikace (nepopisuji gesta, mimiku) ani hlasově vyjádřené pocity.

Na úvod je zde vhodné říct, že ačkoliv jsem oslovila s žádostí o rozhovor celkem 9 respondentů, celý rozhovor mi poskytlo pouze 5 z nich. Zbývající 4 respondenti využili předem zasláné možnosti interview kdykoliv v průběhu ukončit či jej zcela odmítnout. Jejich odpovědi mám zaznamenány pouze neoficiálně z osobního rozhovoru, zde proto uvádím nikoliv jejich doslovnou transkripci, ale pouze zprostředkovanou interpretaci jejich vyjádření, převedenou do přímé řeči v první osobě, jelikož doslovný záznam není pořízen; tyto výpovědi proto uvádím pouze v jednoduchých uvozovkách. Přesto, že se nejedná o přesné záznamy, ale pouze o interpretaci jejich myšlenek, považuji za potřebné je do této práce zařadit. Informace od těchto účastníků totiž přispějí k dokreslení obrazu, jenž mi vyjde z kompletně poskytnutých rozhovorů, bude tedy možné uceleněji zpracovat pohled na proces transformace tohoto zařízení z pohledu jejich zaměstnanců.

### **Dílčí cíl č. 1: Zjistit, jak jsou zaměstnanci informováni o postupu procesu transformace**

Na úvod jsem se všech dotázaných ptala, na tradiční pojetí systému sociální péče, abych měla srovnání pro jejich názor na transformaci. Někteří z dotázaných neměli potřebu na tuto dobu vzpomínat, jako důvod uváděli náročnost péče sociálních pracovníků, zejména v souvislosti s počtem pacientů na odděleních: *„Teď je nás málo na současný počet klientů, ale před x lety to bylo ještě horší. Péče sociálního pracovníka byla velmi okleštěná, protože tu bylo na každém oddělení o 20 pacientů více, tam kde jich je dnes 35 bylo 55 až 60 pacientů.“* (resp. č. 1) Nebo slovy jiného respondenta: *„Jaká sociální péče zde byla, to bylo jako v hororovém filmu. Velké množství klientů, na malé prostory,*

*ambulance, počet sociálních pracovníků, psychologů, lékařů i pracovníků v přímé péči.“* (resp. č. 3) Další k tomu dodává: *„Zavedený systém, který se x-let neměnil, nedostatek financí na modernizování, dlouholetý personál, u kterého byl snad syndrom vyhoření.“* (resp. č. 4)

Někteří z respondentů pak nejsou v psychiatrické léčebně zaměstnáni natolik dlouho, aby dokázali popsat toto období, např.: *„No, já tu nejsem tak dlouho zaměstnaná, ale vím, že zde bylo velké množství pacientů na počet sociálních pracovníků a psychologů, pacienti se omezovali na všeobecnou základní sociální péči, jen věci důležité pro pobyt, hospitalizaci.“* (resp. č. 2) *„Tradičním pojetí soc. péče znám jen z vyprávění dlouholetých pracovníků a četbou historie soc. péče o psych. pacienty, zde v PL Šternberk na webových stránkách zařízení.“* (resp. č. 5)

Na dotaz, jak by popsali práci s klienty před transformací, odpovídali respondenti shodně, pouze s drobnými obměnami, kdy každý přidával k popisu někdejšího stavu informace z úhlu pohledu svého pracovního zařazení: *„Opravdu jim byla poskytnuta pouze základní sociální péče nutná pro pobyt pacientů v léčebně.“* (resp. č. 1) *„Na sociální práci jako takovou nebyl vyčleněn žádný čas, byla poskytována jen základní všeobecná sociální péče nutná pro klienta, který je hospitalizovaný v zařízení pl.“* (resp. č. 3) *„Pouze základní péče, minimum vzdělávání, sociální pracovníci zabezpečovali základní úkony, které pacient potřebuje k hospitalizaci.“* (resp. č. 4)

Práce s klienty byla popisována jako proces, jemuž se nikdo nemohl věnovat podrobně a do potřebné hloubky, aby bylo zajištěno zamezení recidivě prožívaných problémů, jak uvádějí např. tyto respondenti: *„Určitě nikdo neřešil podrobně sociální situaci každého pacienta před a po propuštění. Kapacitně to nebylo ani možné pacient se propustil a nikdo neřešil v hloubce, kam jde a v jakých podmínkách přežívá. A následně se pacient v krátké době vracel zpět do zařízení.“* (resp. č. 4) *„Určitě nikdo neřešil podrobně sociální situace každého pacienta před hospitalizací a po propuštění.“* (resp. č. 1) *„Nikdo neřešil situaci před přijetím klienta ani po propuštění. Díky velkému množství pacientů na počet sociálních pracovníků, nebylo možno uskutečnit sociální péči každému klientovi.“* (resp. č. 3) *„Určitě byl nedostatek personálu sociální pracovníci psychologů, kteří by mohli individuálně řešit každého pacienta.“* (resp. č. 4) Respondentů, kteří mi odmítli poskytnout rozhovor, jsem se na tuto úvodní část nedotazovala.

Na mou další otázku, co soudí o transformaci v souvislosti se sociální prací, jsem se

dozvěděla zejména informace o dlouhodobosti této akce a jejím obrovském rozsahu, jež respondenti vnímají: „*Tak tady v PL je to běh na dlouhou trať neustálá školení, rekvalifikace snaha o nový systém sociální péče, ale bez motivace.*“ (resp. č. 1) „*Tak zvané vzdělávání, rekvalifikace, novinky v zákonu o sociálních službách.*“ (resp. č. 2) „*Já jako psycholožka si myslím, že pro sociální pracovníky transformace je velká změna, které se budou muset přizpůsobit, aby sociální péče pro naše pacienty byla alespoň uchopitelná v takové míře, aby se jednoduše mohli zařadit do běžného života po propuštění.*“ (resp. č. 3) „*Snaha o rozsáhlé vzdělávání personálu, zřízení programu k nápomoci začátku transformace, která je uskutečňována díky Norským fondům, kdy došlo k navázání spolupráce.*“ (resp. č. 4) „*Je velmi pomalá, ale velice potřebná změna, které se musí přizpůsobit jak pacienti tak hlavně sociální pracovníci psychologové lékaři pracovníci v přímé péči.*“ (resp. č. 5)

Respondenti, již odmítli poskytnout rozhovor, mi sdělovali informace týkající se zejména jejich záporného postoje k tomuto procesu, zmiňovali tlak ze strany vedení, byrokracii, jež provází jejich každodenní práci, a další negativa, vyplývající z tohoto procesu: „*Transformaci vnímám jako haldu příkazů, zákazů. Neustálá buzerace za nesprávné pochopení tiskopisů nebo práci na PC. Na pacienty je zde málo času a to si myslím, že by mělo být naopak. Neustále plnit nějaká povinná školení kvůli razítku splněno, nechápu. Finance vynaložené na nějaké semináře jen, aby bylo splněno, jdou určitě investovat mnohem účelněji.*“ (resp. č. 6) „*Transformace v PL? O celé transformaci vím, že zde do PL přispěli finance Norové. A že to bylo kolem 17 mil., protože to máme napsáno na reklamním plakátě u vchodu do práce, že je to grant na zvelebení a vybavení PL, nebo tak nějak. To je vše. A neustálý nátlak z vrchu, nadřízených o nějaké vzdělávání, účasti na vzdělávání, ale ve svém volném čase, toho moc není, protože personál chybí jako všude. Absolutně nepociťuji, že by se dotkala nás zaměstnanců v kladném smyslu.*“ (resp. č. 7) „*Transformaci vnímám jako dlouholetý pracovník jako velký prostor pro neustálé zákazy a nařízení. Neustálá zkoušení ze standardů a směrnic nadřízenými pracovníky. Kontroly denní práce (provádění hygieny pacientů, rozdávání stravy, léčiv), noční práce, zda náhodou nesedíte. Absolvování kurzů, školení z financí Norských fondů. Je to pěkné, ale v našem zařízení nepoužitelné. Tady je důležitá obložnost oddělení pacienty až ke stropu. A vědomosti a zkušenosti z kurzů a školení zde neuplatníte, nejsou podmínky.*“ (resp. č. 8) „*Transformace? Co to je? Nějaká změna v mé práci? Tak to teda nevím. Práce více a více pod psych. tlakem a kontrolou. A na nějaké fin. odměně nebo platu to teda*

*není vidět. Snad jen nové pracovní oděvy s logem PL. Jsme jako roboti. Strašný stereotyp, chybí lidskost.*‘ (resp. č. 9)

Některá negativa vyplývající z procesu transformace si uvědomují i ostatní respondenti, kteří zmiňují např. pocity vyčerpanosti či syndromu vyhoření, např.: *„Řekla by sem, že mnoho z nás na sobě cítí vyčerpanost, přepracovanost snad syndrom vyhoření?“* (resp. č. 1) Zmiňovány byly také rozdíly mezi zdrojovou zemí, Norskem, jež bylo inspiračním vzorem, a Českou republikou: *„Norové mají psychiatrii na vynikající úrovni, rozdíl mezi Českou republikou je, že pojišťovny v Norsku podporují převážně ambulantní péči, tj. co nejméně lidí v léčebnách a co nejméně dlouhodobých hospitalizovaných pacientů. Léčebna u nás je financována zdrav. poj. za naplněnost oddělení pacienty, úplný opak, ale to je i v počtu personálu.“* (resp. č. 4)

S otázkou transformace je spojena také informovanost respondentů ohledně toho, jak nebo čím byla transformace započata. Tři dotázaní dokázali konstruktivně a věcně odpovědět a zmínili i zajímavé podrobnosti a dotkli se i projektu START: *„Vznikla za finanční podpory z Norských fondů pro celou léčebnu. V rámci projektu Start vznikla rekonstrukce budov, zahrad, nákup vybavení, modernizace zařízení, ale hlavně zmodernizování psychiatrické péče o pacienty tím je samotný program START.“* (resp. č. 4) *„Tak zhruba asi před sedmi lety se začala transformace plánovat. Výrazný posun proběhl v roce 2015 díky finanční podpoře z tzv. Norských fondů. Investici asi 17 000 000 věnovali přímo našemu zařízení a to v rozsáhlém projektu „START“ (rekonstrukce RHB centra, zvelebení budov, zahrad, zařízení, vybavení oddělení). Velmi důležitou součástí projektu byl vznik nového resocializačního programu pro pacienty pod stejným názvem jako projekt, program START.“* (resp. č. 1) *„Tak začalo se o transformaci mluvit, když jsem nastoupila zde do PL Šternberk. Byly to jen náznaky něčeho, jako pohádky o posílení sociální péče k pacientovi a navýšit péči psychologů, vytvoření nějakých program, ale to bylo vše. Potom nějaké finance od Norských fondů, pro zahájení transformace PL Šternberk.“* (resp. č. 2)

Další dva dotázaní neměli informace přesné a zvnitřněné, spíše je odvozovali z toho, co vyčetli na propagačních materiálech či webu zařízení: *„To, co vím o transformaci zde v zařízení, tak to je jen to, že byl vyčleněn grant z Norských fondů, asi 17 milionů, který byl určený k rekonstrukci budov zařízení, vybavení oddělení, ale hlavně ke zřízení nějakého programu, který vede ke zlepšení sociální péče pro pacienta, kde se přiblíží péče*

*o psychiatrické pacienty péči v Norsku.” (resp. č. 3) „Protože, jsem zde zaměstnána teprve 2 roky, tak jsem neměla ještě dostatečný prostor k širšímu poznání změn v sociální péči o psychiatrické pacienty. Vnímám jako počátek transformace venkovní rekonstrukce budov, úpravy zahrad a veřejného prostředí v psychiatrické léčebně (různé naučné stezky, dřevěné posezení, dětské hřiště, dřevěné sochy po areálu psychiatrické léčebny) a hlavně modernizací zařízení v budově, kde je rehabilitační oddělení (bazén, solná jeskyně, vířivky aj.). A že je tu pro pacienty zřízen program START, kde se pacienti za pomoci terapeutů učí orientaci v běžném životě po propuštění a návratu k návykům, které měli před přijetím do Psychiatrické léčebny Šternberk.“ (resp. č. 5)*

Respondenti si také uvědomovali, jaký je rozdíl mezi norským pojetím péče a tím českým: „... v Norsku podporují převážně ambulantní léčbu, tj. co nejméně lidí v léčebnách a co nejméně dlouhodobých hospitalizovaných pacientů. Zcela odlišné pojetí péče, méně léků, navázání vztahu s pacientem individuální přístup možnost pro pacienta komunikovat a řešit svůj problém být mu nablízku, naslouchat mu nejraději vše řešit ambulantně.“ (resp. č. 3)

Objevovaly se také dva protichůdné názory na smysl transformace a přinášené změny: „Nikdo nemá rád změnu, ale my starší jedeme ve starých kolejích a moc se nám nechce přizpůsobovat novinkám, už to do toho důchodu nějak doklepat.“ (resp. č. 1) „Jé, pro mě jsou to velké změny v práci sociálního pracovníka. (...) Já jsem pro transformaci, protože systém je zde velmi zastaralý.“ (resp. č. 2)

Na základě této dílčí analýzy jsem zjistila, že respondenti, kteří mi poskytli rozhovor, jsou s procesem transformace obeznámeni poměrně rozsáhlým způsobem, jsou schopni vytyčit mezníky jejího počátku, zhodnotit stav před transformací a změny, jež nastaly po jejím započetí. V některých případech se objevuje mírná nejistota způsobená ve sdělování informací, způsobená nejspíše prozatímní neznalostí z důvodu krátkého pracovního poměru v tomto zařízení. Respondenti pak také uváděli různá pozitiva transformace, ale zmínili i několik negativ. Naproti tomu zcela negativní přístup k transformaci, o níž často nemají absolutně žádné povědomí, měli respondenti, již mi odmítli poskytnout kompletní rozhovor. Z kusých informací od nich získaných jsem interpretovala, že k tomuto procesu se staví velmi negativně, nevnímají žádná pozitiva pro sebe ani pacienty, spíše vnímají jen řadu záporů v podobě byrokracie, neustálého dohledu a nutnosti se dovzdělávat.



## **Dílčí cíl č. 2: Zjistit, jak jsou využívány Norské fondy (vč. spolupráce s externími organizacemi) ve prospěch práce s klienty**

V této části dílčí analýzy se zaměřím na všechny získané informace vztahující se k využívání Norských fondů ve prospěch práce s klienty. S tím souvisí zejména realizace projektu START a případné spolupráce s externími subjekty. Již v předcházející části vyplynulo z analýz, že respondenti mají o využívání Norských fondů povědomí, neboť vědí, že právě z nich byla financována rozsáhlá rekonstrukce celého objektu psychiatrické léčebny, ale také vznik a realizace projektu START, např.: „... byl vyčleněn grant z Norských fondů asi 17 milionů, který byl určený k rekonstrukci budov zařízení, vybavení oddělení, ale hlavně ke zřízení nějakého programu, který vede ke zlepšení sociální péče pro pacienta...“ (resp. č. 4)

„Výrazný posun proběhl v roce 2015 díky finanční podpoře z tzv. Norských fondů.“ (resp. č. 1)

„Vím a slyšela jsem, že proběhly venkovní úpravy budov, vybavení, snad mají být zřízena Centra duševního zdraví...“ (resp. č. 3)

V další části mě zajímalo, co účastníci vědí o projektu START, resp. programu START. Z rozhovorů vyplynulo, že s programem START jsou seznámeni někteří velmi zevrubně: „Program START vznikl 4. 5. 2015. Máme zde dva školené terapeuty dle modelu CARE, kteří vedou tento program START. Program je pouze čtyřtýdenní. Zde dochází k resocializaci pacienta, zde se učí opětovně získat návyky potřebné pro běžné fungování po propuštění z léčebny. Probíhá zde spolupráce s externími sociálními organizacemi.“ (resp. č. 1)

Rovněž jsem se ptala, jestli vědí, jak program START vznikl, z jakých zdrojů byl a je financovaný, a jak je naplňován obsahově. Informovanost velmi přesnou vykazoval např. respondent č. 4, který uváděl následující: „Samozřejmě vím, že tento program vznikl za finanční spoluúčasti Norských fondů, z projektu stejného názvu START (rekonstrukce budov areálu, oprav zařízení a vybavení oddělení), právě z bývalé čajovny vznikl i program START. Zde dochází k plnění a zvládnutí daných terapeutických aktivit pro pacienty.“ (resp. č. 4) Poté dokonce tentýž informant vyjmenoval řadu aktivit, jež účastníci procvičují, např. různé volnočasové hry, výlety, nácvik soběstačnosti, procvičování kognitivních funkcí, kdy je využívána interaktivní tabule, pohybové aktivity, relaxace, canisterapie, hipoterapie a mnohé další. Naproti tomu respondent č. 5 odpovídal pouze na základě načtených informací z webu psychiatrické léčebny: „Po

*přečtení webových stránek si pamatuji, že to bylo součástí grantu pro uskutečnění transformace PL Šternberk, díky finanční podpoře, určené výhradně na zkvalitnění sociální psychiatrické péče v našem zařízení.“ (resp. č. 5)*

V další části jsem se tázala respondentů na cíl programu START. Většina z dotázaných zmiňovala zejména: „... opětovné získání sociálních dovedností, činností, pracovních návyků.“ (resp. č. 1) „... naučit pacienty opětovným návykům a připravit pacienta na život po opuštění PL.“ (resp. č. 2) „Cílem je připravit klienty na život za branami PL. Umět se zařadit do společnosti a zvládat krizové situace, které mohou nastat.“ (resp. č. 3) „Program START, je mezičlánek mezi léčebnou a civilní prostorem. (...) Opětovné získání sociálních dovedností, pracovních návyků, tak jak tomu bylo před vypuknutím onemocnění. Zabezpečit pacientům po залéčení a po propuštění možnost navázat spolupráci s externími sociálními organizacemi, dosáhnout tím snížení relapsu a návratu pacientů zpět do PL.“ (resp. č. 4) Jeden z respondentů pak uvedl, že si musel znovu nastudovat, o co v programu jde: „Opět po přečtení webových stránek o programu START vím, že cílem je připravit pacienty, aby se po propuštění z PL uměli orientovat v soc. péči a zvládat krizové situace, které mohou nastat.“ (resp. č. 5)

Při konkretizaci oblastí, jichž se týká program START v souvislosti pomoci klientům, uváděli někteří respondenti rozsáhlé seznamy, co vše je klientům poskytnuto, např.: „Především navázání kontaktů s organizacemi externími spolupracujícími pro možnost navázání spolupráce s pacienty po ukončení péče (řešení dluhových záležitostí, zaměstnání, starobních či invalidní důchody) návštěvy denního centra, protože pro klienty je důležité, aby se udržovali aktivní v období po propuštění (např. terénní pracovníci přijíždí pro pacienta na místo pobytu a snaží se jej aktivizovat návštěvou kavárny na kafičko, nebo nějaké výstavy, kulturní akce, mj. aktivity dle pacientova zájmu. Tak jak tomu bylo před vypuknutím onemocnění pacienta.“ (resp. č. 1) „Zjistit sociální oblast, kde pacient žije. Aby věděli terapeuti programu, na jakou část soc. práce se mají zaměřit (hledání zaměstnání, bydlení, finanční pomoc). Probíhá podrobná monitorizace pacientovi sociální situace.“ (resp. č. 2)

Mnozí z dotázaných spatřují v programu START přínos pro svou vlastní práci, např.: „Samozřejmě má velký vliv a přínos, ale jen pro pacienty zařazené do programu Start. Pacienti se zde zapojují do různých činností, jako domácí práce, vaření, žehlení, úklid také práce s počítačem a telefonem.“ (resp. č. 1) „Určitě ano, vážím si spolupráce

*s terapeutů s programem Start. Pravidelně spolupracuji s klienty, individuálně řeším možné krizové situace, které v rámci programu nastaly a mohou se vyskytnout po propuštění pacienta.“ (resp. č. 3) A někteří z dotázaných zmínili explicitně i přínos pro klienty psychiatrické léčebny, dokonce konkretizovali, v jakých oblastech tento přínos spatřují, např.: „Díky malému množství pacientů je spolupráce s pacientem taková upřímná, klidná, vyrovnaná, klienti získávají větší důvěru, více se otevřou.“ (resp. č. 3) „Výjezdy s lektory do města Olomouc, kde navštíví, různé sociální organizace (nabízejí bezplatnou pomoc v sociální oblasti, denní centra, terénní služby). Učí se hospodařit s financemi. Je zde navázaný blízký vztah mezi terapeutem a pacientem. Během programu se zde zjistí více podrobností ohledně sociální situace pacienta. Pacient se blíž otevře, má větší důvěru, ale hlavně je zde zpětná vazba, což při počtu klientů na oddělení na jednu sociální pracovníci asi 100 klientů, není možné.“ (resp. č. 1)*

Jeden z dotázaných klientů uváděl, že v programu START pro sebe přínos nevidí, ale vidí jej ve stejnojmenném projektu: „Program Start ne, ale projekt se stejnojmenným názvem START ano. Možnost vzdělávání v péči o psychiatrické pacienty, využití modernizace vybavení budov a zařízení.“ (resp. č. 5) Jeden z respondentů pak uváděl, že pro něj přínos nemá, neboť nepracuje na oddělení, kde by bylo možné využívat možností tohoto programu: „Bohužel já mám klienty gerontologického oddělení tj. 65 let a více a tady z této kategorie pacientů je vybrán pacient velmi zřídka, tady je veškerá práce na sociálním pracovníkovi jen na mých bedrech.“ (resp. č. 2) Rovněž přínos nespatřuje pro svou vlastní osobu jako pracovníka respondent, jenž pracuje v tzv. přímé péči, uváděl, že obsahově jej zná, ale prakticky nikoliv, přesto však našel jedno pozitivum, jež mu program do budoucna přinese: „Jestli přínosem, to asi ne. Já jen přesně vím, co program obsahuje, čím se zabývá, ale pro mě jako pracovníka v přímé péči vyloženě tenhle program mou práci nijak významně neovládá. Snad jen tím, že pacienti budou natolik schopni vyhledat péči u externích organizací a nebudou nuceni k opětovné hospitalizaci. (...) Další důležitou součástí je, že se snažíme předat pacienty před propuštěním externím spolupracujícím sociálním organizacím.“ (resp. č. 4)

Za velké pozitivum a přínos projektu považují poskytování zpětné vazby od bývalých klientů, kteří se sami ohlašují a poskytují informace o tom, jak se začlenili po opuštění psychiatrické léčebny do běžného života, např.: „A také získávám zpětnou vazbu, kdy klienti po propuštění telefonují, piší emaily, kde popisují, jak využili naši pomoc díky programu START.“ (resp. č. 3) „Máme přehled o některých pacientech i po odchodu

*z léčebny. Dříve to to neexistovalo.” (resp. č. 4)*

Negativní přístup k programu i projektu START vykazovali respondenti, jež odmítli poskytnout rozhovory k výzkumu, zmiňovali neinformovanost, nebo jen základní informace o tomto programu, negativismus, např.: *„Program START, vím, že tu něco v PL je založené z a přispění financí z norských fondů, ale to jde mimo mě. My s tím nejsme seznámeni.“* (resp. č. 6) *„START? To je nějaký kurz, aby se utratily ty peníze z toho grantu. Aby se vlk nažral a koza zůstala celá.“* (resp. č. 7) *„START ano, to je tady ve stejném názvu zřízen kurz START pro pacienty nutný k přípravě pro život po propuštění, ale to je vše co o tom vím.“* (resp. č. 8) *„To opravdu neznám, pracuji zde na gerontologickém odd., kde máme 31 ležících pacientek, ale nevím, zda tu byl nějak uplatněn ten systém, o kterém mluvíte, nebo se mě na něj ptáte.“* (resp. č. 9)

**V rámci analýzy tohoto dílčího cíle jsem zjistila, že zejména prvních 5 dotazovaných z mého seznamu respondentů je obeznámeno s původem, funkcí a smyslem projektu START, resp. programu START. Rovněž jsou relativně obeznámeni s Norskými fondy, jejich účelem a také s tím, kam jdou finanční příspěvky z tohoto fondu v psychiatrické léčebně. Naproti tomu negativní, resp. neznalostní reakce vůči Norským fondům a realizovanému projektu START byly zaznamenány u respondentů č. 6-9, kteří mi odmítli poskytnout plný rozhovor. Z jejich postojů lze vyčíst neinformovanost o účelu tohoto fondu a neznalost financování projektu START/programu START v zařízení, v němž pracují. Větší část respondentů pocítovala a zmiňovala přínos Norských fondů a zejména projektu START a jeho programu START pro klienty léčebny, ale také pro ně samotné, zaznamenala jsem ale také případ, kdy se zaměstnanec díky svému pracovnímu zařazení do kontaktu s těmito věcmi dle svého mínění nedostal, přesto však dovedl najít nějaká pozitiva, jež spatřuje v této činnosti zařízení.**

### **Dílčí cíl č. 3: Zjistit, jak je využívána metoda otevřeného dialogu při práci s klienty psychiatrické léčebny**

Posledním dílčím cílem jsem se snažila zjistit, zda účastníci výzkumu vědí, co je to systém péče otevřený dialog. V první řadě jsem zjišťovala, kde o tomto systému zjišťovali

informace. Větší část mi odpověděla, že informačním zdrojem byly přednášky organizace Zahrada 2000 v Jeseníku, popř. propagační materiály tohoto zařízení, např.: „*Ano, systém Otevřený dialog znám, byla jsem na přednáškách Jeseníku Zahrada 2000, kde lektori, kteří se ani neznali, se snažili péči o pacienta s rodinou a systémem přiblížit k úplné dokonalosti, bylo to super.*“ (resp. č. 2) „*O tomhle systému jsem slyšela a také jsem se zúčastnila semináře, který byl za přítomnosti pracovníků z organizace Zahrada 2000 zde v PL. Zde se úzce zabývali otevřeným dialogem, kde polský lektor popisoval využití otevřených dialogů v oblasti terénních služeb v Polsku.*“ (resp. č. 3) „*Něco málo jsem o tomto systému sociální péče slyšel. Možná četl nějaké brožury organizace Zahrada 2000.*“ (resp. č. 4) Pouze jeden z respondentů s plným poskytnutým rozhovorem mi sdělil, že tento systém nezná: „*Systém otevřený dialog neznám. Snad že touto metodou by měla pracovat Centra duševního zdraví, zřízená pro psychiatrické pacienty jako ambulantní péče a terénní soc. péče.*“ (resp. č. 5) Jeden z respondentů zmínil také účast na dalším školení přímo v psychiatrické léčebně: „*A taky jsem byla na přednášce, která byla součástí programu START, zde v zařízení PL a bylo to také velmi poučné a výživné, ale pro naše zařízení opravdu hudba budoucnosti.*“ (resp. č. 3)

Respondenti byli informacemi zaujati, chválili nadšení lektorů a také nápaditost celého systému, vnímali výhody pro práci s psychiatrickými klienty, např.: „*Ano, bylo to velmi poučné a zajímavé, ale pro naše zařízení by sem řekla hudbou budoucnosti. Přirovnání jako trabant versus Mercedes. Bylo to krásné poslouchat lektory, kteří byli pro tuto práci zapálení, úplně z nich číšila energie, akčnost a měli velký zájem o to nám tento systém otevřeného dialogu přiblížit.*“ (resp. č. 1) Někteří ale zmiňovali mírnou nedůvěru ve změnu přinesenou tímto systémem péče, neboť si uvědomovali aktuální nedostatky zařízení, např.: „*... pro naše zařízení opravdu hudba budoucnosti. Důvod nedostatek kvalifikovaných pracovníků v rámci otevřených dialogů, prostor, finance, rozšířená spolupráce s různými organizacemi, které spolupracují dle metody Otevřených dialogů.*“ (resp. č. 2) „*Otevřené dialogy, o tomto systému jsem slyšel, ale více jsem se nijak nezajímal, protože si myslím, že zde v PL je to nemožné. Chybí finance, rekvalifikovaný personál a hlavně organizace, které by pracovaly formou systému otevřeného dialogu.*“ (resp. č. 4)

Důležitou součástí mého zkoumání bylo také zjistit, jestli dovedou definovat rozdíly mezi programem START a otevřeným dialogem. Jeden z respondentů vnímal rozdíl skrze čas věnovaný oběma entitám: „*Systém otevřených dialogů je více dlouhodobou záležitostí, je*

*zde podrobnější práce s klientem tak s rodinou a okolím.“ (resp. č. 1) Další tři respondenti poukazovali v rámci komparace na tak zásadní rozdíly, že nevnímali možnost obě entity porovnávat, neboť jde dle jejich názoru o zcela odlišné záležitosti, např.: „No, tak to snad asi porovnat nejde. START je zřízen z Norských fondů. Za účasti dvou proškolených terapeutů, dle modelu CARE, velmi malé množství pacientů od 8-12 klientů, ale za to je spolupráce terapeut–pacient intenzivnější. Systém otevřeného dialogu je velký, vypracovaný systém plných kvalifikovaných pracovníků, sociálních pracovníků, psychologů, lektorů a pracovníků v přímé péči pro delší období.“ (resp. č. 2) „Zde snad ani o porovnání nejde, program START je v našem zařízení zřízen jako prvotní začátek transformace sociální péče o duševně nemocné pacienty. Dle našich možností, využití terapeutů, sociálních pracovníků, psychologů a pracovníků v přímé péči. (...) Otevřený dialog je metoda, která pracuje rozsáhlejším způsobem s pacientem, rodinou okolím v delším časovém úseku.“ (resp. č. 3) „Tak to nemohu. Ale můžu říci, že program START je v našem psych. zařízení jedinečný, smysluplný program v rámci započaté transformace sociální psychiatrické péče. Metodu otevřený dialog nijak neznám.“ (resp. č. 4) Jeden respondent nebyl komparace schopen, neboť měl informace pouze o jedné ze zmíněných položek: „Porovnání? To nejsem schopna. Víím, že program START je v PL, je to práce jen s několika klienty, se kterými se řeší jen jejich životní situace, které mohou nastat po propuštění. Otevřené dialogy neznám.“ (resp. č. 5)*

Informanti, od nichž se nepodařilo rozhovory získat, uváděli v neformálním rozhovoru úplnou neznalost tohoto systému péče, interpretace jejich slov např.: *‘To neznám, ani jsem o tomto systému nic neslyšela.’ (resp. č. 6) ‘Neznám, nevím, o jaký systém jde.’ (resp. č. 7) ‘START, otevřený dialog? Co to je? To opravdu neznám, pracuji zde na gerontologickém odd., kde máme 31 ležících pacientek, ale nevím, zda tu byl nějak uplatněn ten systém, o kterém mluvíte, nebo se mě na něj ptáte.’ (resp. č. 9) Jediný z této skupiny respondentů připustil, že nějaké povědomí o těchto systémech má: *‘To víím jen, že tu byli na návštěvě z Jeseníku a o něčem takovém se mluvilo.’ (resp. č. 8)**

V neposlední řadě jsem se zajímala také o to, zda vědí, kdo systém otevřeného dialogu do psychiatrické léčebny přinesl, odkud pochází myšlenka. K tomuto se vyjádřil přesněji jeden respondent, od zbývajících odpovědi nebyly přesně získány. Tento informant hovořil jako o zdroji o Zahradě 2000 Jeseník: *‘Bylo to v rámci programu START, kde je velmi blízká spolupráce s organizací Zahradka 2000 Jeseník. Kdy sociální pracovníci a peer konzultanti z Jeseníku přijeli prezentovat nabídky služeb, které využívají převážně*

*metod Otevřených dialogů.*“ (resp. č. 1)

**Z analýzy odpovědí k tomuto dílčímu cíli vyplynulo, že respondenti systém péče otevřený dialog znají, vědí, kdy se jeho principy užívají, pouze jeden z dotázaných s plně poskytnutým rozhovorem nic o otevřeném dialogu nevěděl. Tři z respondentů, kteří odmítli poskytnout rozhovor, uvedli, že systém otevřeného dialogu vůbec neznají, nevědí, o co se jedná, čtvrtý z nich uvedl, že má povědomí o tom, kdy se o tomto systému hovořilo, více informací však neposkytl. Pozitivem je, že si respondenti uvědomovali zásadní rozdíly mezi programem START a otevřeným dialogem a dokázali je pojmenovat. Rovněž dokázali pojmenovat problémy vyvstávající z prosazování principů otevřeného dialogu při práci v psychiatrické léčebně a mnohdy vnímali tuto metodu jako tzv. hudbu budoucnosti pro svou práci, nevěřili její implikaci do běžného pracovního dění.**

## 7 Diskuze

V této podkapitole srovnám výsledky získané analýzami polostrukturovaných interview s informacemi zpracovanými v rámci teoretické části práce z tematické odborné literatury.

V úvodu srovnávání mohu říct, že **výsledky mého vlastního výzkumu korelují s teoretickými poznatky jen z určité míry, nacházejí se zde i zásadní rozdíly**, jež však mohou být **podkladem pro doporučení** pro praxi psychiatrické léčebny. Dodávám, že ve většině případů v diskuzi pracuji s názory respondentů č. 1-5, další 4 respondenti, kteří neposkytnou plný rozhovor, jsou zmiňováni jen při některých bodech a vždy je na jejich názory poukázáno přímo, aby bylo snazší je odlišit, neboť se jedná v jejich případě jen o interpretované názory, jež jsou však podstatné pro dokreslení obrazu stavu transformace v Psychiatrické léčebně Šternberk, kde jsem výzkum prováděla.

V úvodu diskuze se zaměřím na problematiku transformace. V teoretické části v kapitole *1.1 Proces transformace sociálních služeb v ČR* jsem popisovala, jak dříve byly instituce a jejich zřizovatelé orientováni spíše na úpravu budov, nikoliv na pacienty, péče byla lůžková a pobytová, spíše než ambulantní, naproti tomu že je v současnosti vyvíjen tlak na to, aby byla péče postupně přetavována do podoby ambulantní, co nejkratší dobu pobytová a ideálně aby mohla probíhat v domácím prostředí. Tento trend z minulosti mi potvrdilo i několik z respondentů (např. *resp. č. 1, 3, 4*) a zbývající respondenti potvrzovali změny v rámci procesu transformace, kdy dochází k odklonu od lůžkové péče, k úbytku pacientů na pokojích a ke snaze minimalizovat pobytovou péči klientů na co nejkratší možnou dobu a navíc jim poskytnout resocializační možnosti (např. *resp. č. 1, 3, 5*).

V kapitole *1.2 Vliv transformace na poskytované sociální služby v psychiatrické péči, cíle a dopady procesu* rozebírám oblasti, jichž se transformační změny dotýkají – hovořím zde o potřebě podporovat autonomii klientů, jejich právo na plnohodnotný život (viz např. Pogodová, 2008). Dotázaní participantů tyto změny v transformaci vnímají (např. *resp. č. 1, 3, 4*).

Jak odborníci (např. Christodoulou, 2009 aj.), tak i samotní zaměstnanci jsou schopni vyslovit negativa vyplývající z nastolení tohoto procesu. V odborné sféře panuje největší obava o to, že komunitní typ péče není vhodný pro všechny, nebudou dodrženy určité zvyklosti, bude chybět spolupráce s externími organizacemi, resp. nebude vytvořeno



zázemi pro přechod z ústavní péče do samostatného života apod. Mezi zaměstnanci ze zkoumaného zařízení jsem zaznamenala zejména nejistotu díky zdlouhavosti probíhajících změn (*resp. č. 5*), vyčerpanost z nadměry povinností a práce a přetížení množstvím pacientů (např. *resp. č. 1, 2*), nejasnost ve vizi budoucnosti – ví, na kom proces transformace záleží, ale neodhaduje, jak vše dopadne (*resp. č. 5*). Přesto se ale nestaví tyto respondenti k probíhající transformaci plně negativně, spíše s opatrností, někteří ji ale plně podporují (např. *resp. č. 2*).

Rozvolnění upjaté psychiatrické péče, jež zde panovala v minulosti, mělo a má přispět ke zkvalitnění psychiatrické péče o pacienty, ale také k výraznějšímu zlepšení pracovních podmínek pro zaměstnance těchto zařízení. Respondenti vykazovali ve svých odpovědích informace, z nichž plynulo, že pacientů na lůžkových pokojích i v terapeutických skupinách skutečně ubývá (např. *resp. č. 1*), přesto jsou si ale respondenti vědomi stavu nedostatečného personálního obsazení (např. *resp. č. 2, 4*). V obdobně negativním duchu se k personálnímu stavu, ale i k dalším skutečnostem vyjadřovali během neformálních rozhovorů ti respondenti, kteří odmítli na základě svého práva poskytnout kompletní rozhovor, hovořili o přetíženosti, nedostatečném finančním ohodnocení či byrokratickém zatížení a neustálém dohledu a kontrole, rovněž také o faktu, že vnímají nedostatek času na pacienty, což se plně neshoduje s pilíři transformace (*resp. č. 6, 7, 8, 9*).

Právě fakt, že zařízení Psychiatrické léčebny Šternberk, jak je možné se dočíst v kapitole 2.1.1, věnuje značné úsilí zkvalitňování jak prostředí, tak kvalifikace svých zaměstnanců, je v ostrém kontrastu s vyjádřeními těchto 4 zaměstnanců a vede k zamyšlení se nad možnostmi nápravy. Neochota učit se novým věcem se objevovala i u respondentů s poskytnutým rozhovorem, zmiňovali ji zejména v souvislosti se svým dlouholetým služebním poměrem a výši věku a blížím se důchodem (např. *resp. č. 1*).

Dalo by se shrnout, že z pohledu většiny dotázaných je **transformace důležitým procesem, jež je třeba podpořit a akceptovat, neboť vede ke kýženým pozitivním změnám, ačkoliv zde panují jisté obavy. Ovšem nelze opomíjet, že transformace může být zaměstnanci vnímána také jako zátěž (byrokratická i obecně pracovní v souvislosti s jejich povinnostmi a náplní práce). Bylo by tedy vhodné se zaměřit na personální stránku transformace, je ke zvážení, zda nedoplnit některé pracovní pozice, aby byly pracovní povinnosti mezi pacienty více rozprostřeny a necítili se přetížení. Rovněž je na zvážení, zda neudělat rozsáhlejší osvětu, neboť zaměstnanci**

**v obou skupinách (respondenti s rozhovorem i bez rozhovoru) nezřídka vyjadřovali sdělení, že nejsou seznámeni s tím, co to transformace je a jaké má dopady a důsledky pro jejich práci, v čem je užitečná.**

Někteří transformaci hodnotí jako pomalou (zde systém naráží na nepřekonanou zastaralost systému (důležitost obložnosti oddělení z důvodu úhrady zdravotními pojišťovnami – viz *resp. č. 2*). V teoretické části se pak rovněž hovoří o tom, že transformace znamená zřízení ambulantních služeb (viz kapitoly *1.1* a *1.2*), ovšem při analýze přínosu transformace pro pacienty byly zmiňovány spíše záležitosti odehrávající se na půdě tohoto zařízení, max. s přesahem k občasným výjezdům do partnerských organizací, a to vše v souvislosti s projektem START/programem START (např. *resp. č. 1, 2, 3, 4, 5*), nutno ovšem dodat, že tato změna patří k těm pozitivně přijímaným a s viděním mnohých pozitiv nejen pro klienty, ale také pro samotné sociální pracovníky (např. *resp. č. 1, 3*). Respondenti si transformaci spíše spojili s úpravami prostředí a se zřízením již zmíněného projektu START a resocializačního programu START (např. *resp. č. 1, 3, 4, 5*).

V kapitole *1.2* byly také zmíněny základní pilíře, jimiž by se měla ústavní péče řídit, mezi nimiž zmiňoval jejich autor Matoušek (1999, s. 149-152) mj. také podporu klientových vztahů k rodině a blízkému okolí, podporu adaptace na nadcházející přechod do běžného, samostatného života či posilování vazeb mezi zařízením a komunitou. Právě tyto zásady byly pozitivně kvitovány ze strany respondentů a dokladovány jejich výpověďmi, v nichž zmiňovali pocítění těchto změn k lepšímu v souvislosti se spuštěním transformačního procesu na jejich pracovišti (např. *resp. č. 1, 2, 3, 5*).

**Souhrnně by se dalo říct, že i přesto, že v psychiatrické léčebně ve Šternberku nejsou ve velké míře v souvislosti s transformací zřízeny ambulantní služby, ale spíše se transformace dotkla úpravy prostředí léčebny a spuštění místního projektu s resocializačním programem, je hodnocena dotázanými respondenty kladně.**

Co se týká čerpání financí z dotačních Norských fondů, byly nejčastěji zmiňovány rekonstrukce areálu léčebny a program START (např. *resp. č. 1, 2, 3, 4* aj.). Blíže se nyní zaměřím na program START. Pozitiva programu START uskutečňovaného v rámci projektu START jsou respondentům známá – vědí o tom, že je součástí procesu transformace, o potřebě klientů nacvičit si simulaci běžného samostatného fungování, považují jej za smysluplnou součást práce s duševně nemocnými osobami, které se budou

navracet do běžného života (např. *resp. č. 1, 2, 3, 4*). Respondenti si uvědomují jedinečnost tohoto programu postaveného na interakci terapeut–pacient (např. *resp. č. 4*).

Informanti jsou také seznámeni s tím, kdy program vznikl a odkud jsou přijímány finanční prostředky na jeho realizaci – Norské fondy (*resp. 1, 2, 4*). Norské fondy jsou pak uváděny i jako finanční zdroj pro celou transformaci Psychiatrické léčebny Šternberk (*resp. 1, 2, 3, 4*).

O negativním přístupu k programu START lze hovořit u respondentů, kteří neposkytli plné rozhovory, z jejich postojů vyplynulo, že nejsou seznámeni s jeho obsahem, jen vědí o jeho financování z Norských fondů (*resp. č. 6*), že jej vidí jako možný způsob jak umořit peníze z grantu, ale bez většího efektu – dokladováno citovaným úslovím, aby se vlk nažral...‘ (*resp. č. 7*), nebo že o něm nemají vůbec žádné povědomí, což souvisí s jejich pracovním zařazením (*resp. č. 9*). Pouze jediný respondent z této skupiny uvedl, že má základní povědomí, o jaký cíl program usiluje, ale více svou odpověď nerozvedl, to byly veškeré jeho informace (*resp. č. 8*).

Za jistou nevýhodu, což ale nebylo jasně řečeno, lze se tedy o tomto jen domnívat vlastním úsudkem, mohou někteří respondenti považovat krátkodobost tohoto programu (např. *resp. 1, 3*). Naopak velkým plusem, několikrát zmíněným v různých částech, je spolupráce s externími organizacemi (např. *resp. č. 1, 3, 4*).

**Čerpání financí z Norských fondů je zaměstnancům léčebny známo, jen občas tápou v tom, do jakých oblastí a jakým způsobem peníze přesně plynou. Pozitivní informací plynoucí z této části analýzy je fakt, že zaměstnanci jsou seznámeni se smyslem, cílem i vznikem projektu START, jenž slouží k resocializaci, a jsou schopni uvést klady této činnosti psychiatrické léčebny. Za negativa plynoucí z rozhovorů lze považovat zejména krátkodobost tohoto programu, která však odpovídá myšlence transformace služeb, jež usilují o co nejkratší nutný pobyt pacienta v ústavní péči a jeho opětovný brzký návrat do normálního života. Z tohoto názoru lze soudit na určitou náklonnost k zastaralému systému, nikoliv však nějak patologickou. Naproti tomu by bylo potřeba opět zlepšit informovanost, aby se i další zaměstnanci mohli seznámit s obsahem projektu a programu a nevníkali jej jen jako umořovací prostředí pro dotační finance.**

V poslední části svého výzkumu jsem se zaměřovala na problematiku otevřeného dialogu jako přístupu k péči o pacienta. V rámci teoretického průzkumu jsem zjistila, že za vznikem tohoto terapeutického přístupu stojí psycholog Seikkula, jenž jen zpracoval na základě svých poznatků z klinické praxe a spatřoval v něm přínosnější systém péče o pacienta. Základem tohoto přístupu je vzájemná komunikace nejen terapeuta a pacienta, ale také pacientových blízkých osob, jež mohou svým hlasem přispívat k uzdravení pacienta. Seikkula (2013, 49-58) uvádí několik základních bodů, principů této metody, mezi nimiž jsou např.: okamžitá pomoc, perspektiva sociálních sítí, flexibilita a mobilita, týmová odpovědnost, psychologická kontinuita, tolerance nejistoty. V praxi se prokázalo, že dodržování těchto zásad vedlo k razantnímu snížení doby léčby psychózy – na pouhé tři týdny. Základem setkání pak je vytvoření bezpečného prostoru pro sdílení, otevírání diskuze a opravdový zájem o problém klienta, vytváření prostoru pro dialog, nikoliv monolog, poskytování zpětné vazby ke všem momentům a proneseným myšlenkám, ale nikoliv mentorským způsobem. V teoretické části jsem se dopátrala ze zdrojů, že odborníci komentují zejména zahraniční zkušenosti a je vyvíjena snaha přivést tento model práce s klientem i k nám.

Jak vyplynulo z rozhovorů, systém péče otevřený dialog byl respondentům nejčastěji představen prostřednictvím přednášek partnerské organizace Zahrada 2000 Jeseník, jež jim poskytovala prvotní informace (např. *resp. č. 1, 2, 3*), jeden respondent uváděl, že zná tento přístup pouze z vlastního samostudia brožurek (*resp. č. 4*), ale tentýž respondent při požadavku na porovnání přístupu otevřeného dialogu a programu START nevěděl žádné bližší informace, s obsahem není obeznámen ani další z respondentů, který vyloženě sdělil, že jej nezná (*resp. č. 5*).

Negativistický přístup a neznalost tohoto systému péče o pacienty vykazovali také respondenti, kteří odmítli poskytnout výzkumné rozhovory, z jejich slov v neformálním rozhovoru vyplynulo, že otevřený dialog vůbec neznají a ani s ním nepracují (*resp. č. 6, 7, 9*), jeden z nich uvedl, že o něm slyšel při návštěvě zaměstnanců z Jeseníku, ale blíže nic nspecifikoval (*resp. č. 8*).

Seznámení respondenti pak vnímají pozitivní přínos pro práci s pacienty s ohledem na možnou dlouhodobou práci s nimi, pokud by byl v rozsáhlejší míře přístup přiveden v rámci psychiatrické léčebny zaveden (např. *resp. č. 1, 2, 3*). Z rozhovorů ale nepřímo

vyplývalo, že tento terapeutický přístup Psychiatrická léčebna ve Šternberku nevyužívá, jeho využití považují za příslovečnou hudbu budoucnosti (např. *resp. č. 1*). Limity této metody při současném stavu v léčebně vidí zejména v nedostatku kvalifikovaného personálu (např. *resp. č. 2, 4*), časovou náročnost metody (např. *resp. č. 1, 2, 3*) a samozřejmě chybějící finance (např. *resp. č. 2, 4*).

**Z porovnání vyplývalo, že ačkoliv respondenti vnímají možný přínos této metody pro klienty zařízení, není zde tento terapeutický přístup realizován. Vnímány jsou nedostatky a limity v oblasti kvalifikace personálu, financí, časové náročnosti. Zde by vhodným doporučením pro praxi bylo zamyšlení se nad posílením personálního obsazení léčebny, aby stávající zaměstnanci necítili tlak, aby pracovali s touto metodou, jestliže na ni nejsou kvalifikováni, aby došlo k rekonstrukci zařízení vhodnému po uzpůsobení pro realizaci této metody v praxi. Rovněž by v úvahu připadala rozsáhlejší informační kampaň, pokud by se nejen s touto metodou mělo začít pracovat, aby nedocházelo k obavám z neznámého a z předjímaného dalšího zatížení zaměstnanců.**

## **Závěr**

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala problematikou transformace psychiatrické péče v České republice, konkrétně v zařízení Psychiatrické léčebny ve Šternberku. V teoretické části práci jsem shrnula nejvýznamnější poznatky z průzkumu odborné literatury a dalších zdrojů v několika dílčích oblastech. **První kapitola** byla věnována **problematice transformace sociální péče**. Zaměřila jsem se na historický kontext těchto změn a zjistila, že rigidní systém, jenž zde panoval v minulosti, byl ze strany samotných odborníků navržen k proměně. První změny se objevily po roce 1989 a byl započat proces deinstitucionalizace sociálních služeb, naproti tomu transformace sociálních služeb ve světě je již dlouhodobější záležitostí. Transformace sociálních služeb u nás je podpořena i ze strany vládních dlouhodobých projektů (např. Národní strategie rozvoje sociálních služeb aj.). Zásadní myšlenkou transformace je odklon od ústavní péče a snaha o minimalizaci pobytového léčení pacientů, vhodnější se jeví co nejdříve začlenění zpět do společnosti.

**Ve druhé kapitole** jsem se zabývala podrobněji **vlastní psychiatrickou péčí**, zhodnotila jsem možnosti a limity psychiatrických zařízení, zaměřila jsem se také na poskytované služby, jež jsou jak ambulantní, tak pobytové. V dřívějších dobách byli lidé procházející psychiatrickou péčí společností stigmatizováni, což bylo jedním z dílčích důvodů, proč je zde cíleno při transformaci na minimalizaci pobytové péče. V minulosti psychiatrická péče patřila k těm zanedbaným a přetíženým, neboť byla přemíra psychiatrických pacientů (zřízené bylo ještě v 70. letech 20. století více než 16 tisíc lůžek). Součástí této kapitoly bylo i přiblížení zařízení, v němž probíhalo mé výzkumné šetření – jednalo se o Psychiatrickou léčebnu Šternberk. Popsala jsem zde její historický vývoj, současný stav a také aktuálně realizovaný projekt START, jenž je hrazený z Norských fondů, jimž jsem věnovala samostatnou podkapitolu. Krátce jsem se zaměřila také na typy klientů, kteří spadají pod psychiatrickou péči, pouze však pro dokreslení obrazu o těchto zařízeních.

**Ve třetí kapitole** jsem cílila na **profesi sociálních pracovníků**, popsala jsem zde nároky na vzdělání v této profesní oblasti, zhodnotila jsem kompetence a osobnostní předpoklady, jež musí zaměstnanci na těchto pracovních pozicích zastávat. Šíře aktivit, jimž se tito zaměstnanci věnují, je skutečně rozmanitá, a z šetření proto vyplynulo, že i nároky na osobnost sociálního pracovníka jsou značné a je vyžadováno maximální pracovní nasazení.

**V poslední kapitole teoretické části** jsem se zaměřila na **terapeutický přístup otevřený dialog**. Nejvíce je tento relativně nový přístup v terapii (pochází z 80. let 20. století) rozšířen v zahraničním prostředí, jeho zakladatelem je psycholog Seikkula, k nám proniká pozvolna, ale jsou zde již snahy o zavedení. Otevřený dialog staví na sociálních sítích klienta, s nimiž je rovněž vytvářen dialogický rozhovor, jehož smyslem je vyslechnout všechny zúčastněné a společně nastavit pacientovu léčbu tak, aby byla co nejhumánnější a co nejvíce probíhající přirozeným způsobem v jeho sociální skupině, nikoliv vyčleněně z kolektivu. Z výsledků zahraničních odborníků plyne, že pracuje-li se s touto metodou, je doba léčby snížena na nejnutnější minimum, mnohdy jen 3 týdny, poté již probíhá ambulantně. Mnohostranný pohled na klientovu situaci tedy poskytuje přesnější vhled do jeho problémů a je možné tomu uzpůsobit následnou terapii, navíc je odbouráván stres, pacient se necítí být stigmatizován a zostuzován, je s ním jednáno jako s rovnocenným partnerem.

**V praktické části práce** jsem realizovala kvalitativní výzkum mezi vybranými zaměstnanci zařízení Psychiatrické léčebny Šternberk a snažila jsem se získat odpověď na otázku, **jak probíhá proces transformace v psychiatrické léčebně ve Šternberku**. Hlavní cíl jsem si pak rozdělila do tří dílčích cílů. Tohoto cíle jsem se snažila dosáhnout pomocí kvalitativního výzkumu, respondenty jsem vybírala na základě účelového výběru. Sběr dat probíhal v průběhu cca 3 měsíců prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů, který se jevil s ohledem na svá pozitiva a využitelnost v tomto typu výzkumu jako nejvhodnější technika sběru dat. Odpovědi respondentů jsem zaznamenávala na diktafon a poté jsem pořídila přepisy těchto rozhovorů doslovnou transkripcí. Aby byla zajištěna anonymita respondentů, přidělila jsem jim dle předem stanovených kritérií označení, jež jsem pro ně užívala po celou dobu zpracovávání výzkumu (jednalo se o rozlišení pohlaví a zveřejnění jejich pracovní pozice v rámci zařízení). Respondenti byli ubezpečeni, že rozhovory budou sloužit pouze pro účely tohoto výzkumu a nebudou využity jiným způsobem. Zároveň jim bylo sděleno, že mohou v případě potřeby od poskytnutí rozhovoru kdykoliv před jejich začátkem nebo v průběhu odstoupit. Tohoto práva využili 4 z 9 dotázaných, proto jsou jejich odpovědi pouze interpretovány, nejedná se tedy o doslovné transkripcie.

Při porovnávání výsledků **1. dílčího cíle**, kde jsem zkoumala **informovanost o procesu transformace**, jsem zjistila, že transformaci vnímají respondenti jako důležitý proces s pozitivními důsledky. Nelze ovšem nepřipomenout, že zde panovaly i jisté obavy

z byrokratické zátěže, pracovního přetížení apod. Z interpretace výsledků tedy vyplývá jako vhodné **doporučení pro praxi zaměřit se na personální stránku celého procesu, doplnit případně vhodně pracovní pozice a zařídit osvětovou kampaň, aby se informace šířili i mezi ty respondenty, jež tvrdili, že o procesu nemají žádné povědomí v souvislosti s jeho přínosem, vnímali pouze negativa** (5 z 9 dotázaných).

**Analýzou dílčího cíle č. 2** bylo zjišťováno, jak respondenti vnímají **smysl a funkci Norských fondů, spolupráci s externími organizacemi a z toho plynoucí aktivity léčebny**. Zejména prvních pět dotázaných respondentů je obeznámeno s tím, jak funguje financování prostřednictvím Norských fondů, vědí, do jakých činností a aktivit a dalších realizovaných skutečností jsou dotace investovány. V rámci této části transformačního procesu je realizován také projekt START a v rámci něj resocializační program START. O tomto programu má většina respondentů povědomí, vědí, jaké výhody a nevýhody z jeho realizace plynou a dokonce vnímají jistá pozitiva i pro svou vlastní praxi (nevracejí se jim tak často pacienti s relapsy). Vyskytly se také dva druhy negativní reakce, jedna v souvislosti s tím, že z důvodu takového pracovního zařazení, které neumožňuje kontakt s tímto programem, nebyl respondent s jeho náplní a smyslem obeznámen, další 4 záporně laděné odpovědi přicházeli od respondentů bez poskytnutého plného rozhovoru. **Jako doporučení pro praxi bych zcela jistě uvedla opět osvětovou kampaň, v níž by bylo zaměstnancům zprostředkováno povědomí o financování činností léčebny, se smyslem projektu START a s jeho přínosem pro praxi.**

**Analýzou posledního 3. dílčího cíle**, kde bylo zjišťováno **povědomí o terapeutickém přístupu otevřený dialog**, jenž se jeví v posledních letech jako zajímavá cesta k uzdravování psychiatrických pacientů bylo zjištěno, že někteří (4 z dotázaných) mají více či méně přesné informace o tomto systému péče, avšak v praxi se nikdo z dotázaných neměl možnost s tímto systémem setkat, neboť jej Psychiatrická léčebna ve Šternberku nevyužívá. Ti, kteří obeznámeni byli, věděli, že jim prvotní informace poskytlo školení od Zahrady 2000 Jeseník, s níž léčebna úzce spolupracuje. Spatřovali příslovečnou hubu budoucnosti při zavádění tohoto systému péče do praxe v léčebně, neboť vnímali značné limity této realizace – finanční nedostatky, personální nedostatky, nedostatky v kvalifikaci zaměstnanců, v časové náročnosti tohoto přístupu i nedostatky v prostorech léčebny. **Z doporučení pro praxi bych mohla vyzdvihnout potřebu vyzkoušení realizace této metody v praxi, s čímž je však spojeno zaměstnání dalších personálních kapacit, jež budou v této oblasti plně proškoleny. Dalším mezníkem je**



**opět osvětová kampaň (respondenti z obou dotazovaných skupin uváděli nezřídka, že povědomí o tomto přístupu nemají žádné nebo jen mizivé).**

Jak z výsledků výzkumu vyplynulo, zaměstnancům chybí informace o některých součástech jejich práce (jsou s ní mnohdy seznámeni jen prostřednictvím samostudia webu či informačních brožur). Velké limity spatřují zaměstnanci v souvislosti s transformací v nutnosti neustále se školit a vzdělávat, což přináší jejich každodenní práci další zátěž, chybí zde motivace pro to chtít se sebevzdělávat. **Za potřebné považují získání informací, snížení pracovní zátěže (méně pacientů nebo více zaměstnanců na odděleních), omezení byrokratické práce apod.**

Výsledky této práce mohou být námětem pro vedení léčebny, aby při zpracování strategie činnosti Psychiatrické léčebny Šternberk obmysleli i oblasti, jež jsou její běžnou součástí, ale jež právě pro svůj stereotyp mohou působit negativním způsobem. Je třeba podporovat zaměstnance v jejich aktivitách, ale nikoliv dogmaticky, ale spíše formou doporučení či širší nabídkou výběru. Aktuální nastavení se jeví být orientované na klienty, ale zaměstnanci jsou z části opomíjeni.

## Seznam použité literatury a zdrojů

1. 2015. START-KRS: Kompletní rehabilitace k soběstačnosti. *Fondy EHP a Norska* [online]. 25. 2. 2016 [cit. 3. 12. 2017]. Dostupné z: <https://www.eeagrants.cz/cs/ukoncena-obdobi/ehp-a-norske-fondy-2009-2014/programy/norske-fondy-2009-2014/cz11-verejne-zdravi/cz11-schvalene-projekty/start-krs-komplexni-rehabilitace-k-sobes-1689>
2. ANDERSON, Harlene. 2009. *Konverzace, jazyk a jejich možnosti: postmoderní přístup k terapii*. Brno: NC Publishing. ISBN 978-80-903858-6-3.
3. BALÁŠOVÁ, Jitka. 2013. Otevřený dialog. In: NOVOTNÁ, Kateřina a Pavel NEPUŠTIL (eds.). *Kolaborativní praxe pro studenty psychologie a psychoterapie*. Brno: MUNI Press. ISBN neuvedeno.
4. BĚHOUNEK, J. a kol. Neuvedeno. *Odborné podkladové materiály ke standardům ambulantní psychiatrické péče a rozšířené ambulantní péče o osoby trpící duševní poruchou*. Praha: Psychiatrická společnost ČLS JEP. ISBN neuvedeno.
5. BERGER, Peter a Thomas LUCKMANN. 1999. *Sociální konstrukce reality: pojednání o sociologii vědění*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury. ISBN 80-85959-46-1.
6. BURTON NEEL. 2015. Open Dialogue: A New Approach to Mental Healthcare. *Psychology Today* [online]. 2018 [cit. 20. 1. 2018]. Dostupné z: <https://www.psychologytoday.com/blog/hide-and-see/201507/open-dialogue-new-approach-mental-healthcare>
7. ČÁMSKÝ, P., J. SEMBDNER a D. KRUTILOVÁ. 2011. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0027-7
8. DEVELOPING OPEN DIALOGUE. 2018. Open Dialogue Finland. *Developing Open dialogue*. [online]. 2018 [cit. 26. 10. 2017]. Dostupné z: <http://developingopendialogue.com/open-dialogue-finland/>
9. DISMAN, Miroslav. 2002. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum. ISBN neuvedeno.
10. DISMAN, Miroslav. 2011. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1966-8.
11. DZS.CZ. Neuvedeno. *Norské fondy a fondy EHP. Dům zahraniční spolupráce* [online]. 2018 [cit. 20. 12. 2017]. Dostupné z: <http://www.dzs.cz/cz/norske-fondy-a-fondy-ehp/>

12. EURACTIV.CZ. 2012. Transformace sociálních služeb: ČR jde ve stopách západních kolegů. EurActiv [online]. 2004-2016 [cit. 13. 12. 2017]. Dostupné z: <http://euractiv.cz/clanky/socialni-politika/transformace-socialnich-sluzeb-cr-jde-ve-stopach-zapadnich-kolegu-010092/>
13. FOND PRO NNO. Neuvedeno. EHP a Norské fondy v ČR. *Fond pro NNO* [online]. 2018 [cit. 20. 12. 2017]. Dostupné z: <https://www.fondnno.cz/o-fno/ehp-a-norske-fondy-v-cr/>
14. FREMUTHOVÁ, E. 2013. Anketa. *Sociální práce / Sociálna práca*, č. 1, s. 4. ISSN 1213-6204.
15. FURMANÍKOVÁ, L., Z. HAVRDOVÁ, B. TOLLAROVÁ a P. VRZÁČEK. 2013. K fenoménu vůdcovství: Kým a jak je iniciován proces transformace pobytových sociálních služeb? *Sociální práce / Sociálna práca*, č. 1, s. 50. ISSN 1213-6204.
16. HRADILKOVÁ, T., J. PALAČEK a D. SYSLOVÁ 2012. *Závěrečná zpráva z modelového hodnocení kvality a metod poskytování sociální služby: Souhrn z 32 zařízení v projektu transformace*. Praha: Národní centrum podpory transformace sociálních služeb. ISBN neuvedeno.
17. HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4139-0.
18. CHRISTODOULOU, George. 2009. Psychiatric reform revisited. *World Psychiatry*, č. 2, s. 121-122. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2694516/>
19. INSTITUT BIOSTATISTIKY A ANALÝZ. Neuvedeno. Hypertextová učebnice → Několik úvodů do psychiatrie → Náplň oboru. *Psychiatrická propedeutika* [online]. Neuvedeno [cit. 30. 10. 2017]. Dostupné z: <http://telemedicina.med.muni.cz/psychiatricka-propedeutika/index.php?pg=text--nekolik-uvodu-do-psychiatrie--napln-oboru>
20. INSTITUT BIOSTATISTIKY A ANALÝZ. Neuvedeno. Hypertextová učebnice → Několik úvodů do psychiatrie → Systém péče. *Psychiatrická propedeutika* [online]. Neuvedeno [cit. 30. 10. 2017]. Dostupné z: <http://telemedicina.med.muni.cz/psychiatricka-propedeutika/index.php?pg=text--nekolik-uvodu-do-psychiatrie--system-pece>

21. JAROLÍMEK, Martin. 2014. Agrese v rodině a psychoterapie. In: *Blog.Aktualne.cz* [online]. 27. 02. 2014 [cit. 10. 1. 2018]. Dostupné z: <http://blog.aktualne.cz/blogy/martin-jarolimek.php?itemid=22332>
22. JUSTEN HORSTEN, J. 2004. Systemická rodinná terapie. In: VYMĚTAL, Jan. *Obecná psychoterapie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0723-3.
23. KAFKA, D. 2013. Proces transformace se dostal na národní úroveň a zapojily se do něj všechny kraje. *Sociální práce / Sociálna práca (Příloha čísla)*, č. 3, s. 3. ISSN 1213-6204.
24. KUČEROVÁ, Hana. 2017. *Psychiatrická léčebna Šternberk: Výroční zpráva 2016*. Šternberk: Psychiatrická léčebna Šternberk. Dostupné z: [https://www.plstbk.cz/sites/default/files/downloads/Vyrocnizprava\\_PL2016.pdf](https://www.plstbk.cz/sites/default/files/downloads/Vyrocnizprava_PL2016.pdf)
25. LAKEMAN, Richard. 2014. The Finnish open dialogue approach to crisis intervention in psychosis: A review. *Psychotherapy in Australia*, č. 3, s. 26-33. ISSN 1323-0921.
26. MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ. 2002. *Psychiatrie: Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-700-0.
27. MALÍK-HOLASOVÁ, Věra. 2014. *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4315-8.
28. MATOUŠEK, Oldřich. 1999. *Ústavní péče*. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 80-85850-76-1
29. MATOUŠEK, S., M. NOVÁK, L. UKROPOVÁ a C. LACINA. Nevedeno. *Otevřený dialog: Poster*. Nevedeno: Nevedeno. Dostupné z: [http://otevrenedialogy.cz/images/Poster\\_A4\\_Otevreny\\_Dialog.pdf](http://otevrenedialogy.cz/images/Poster_A4_Otevreny_Dialog.pdf).
30. Ministerstvo financí Česká republika. Nevedeno. Fondy EHP a Norska. *Fondy EHP a Norska* [online]. 2013 [cit. 20. 12. 2017]. Dostupné z: <https://www.eeagrants.cz/>
31. MIOVSKÝ, Michal. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1362-4.
32. MLÝNKOVÁ, Jana. 2016. *Pečovatelsví: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0131-3.
33. MZ ČR. 2013. *Strategie reformy psychiatrické péče*. Praha: MZ ČR. ISBN nevedeno.
34. NARATIV.CZ Nevedeno. Jaakko Seikkula, Ph.D. *MoDI: Možnost dialogu* [online]. 2018 [cit. 10. 1. 2018]. Dostupné z: <http://modi.narativ.cz/?con=6/>

35. NARATIV.CZ Neuvedeno. Otevřený dialog. *MoDI: Možnost dialogu* [online]. 2018 [cit. 10. 1. 2018]. Dostupné z: <http://modi.narativ.cz/?con=19>
36. NECHANSKÁ, B., JANN, J., NOVÁKOVÁ, Z., KUDRNA, K., SLÁBOVÁ, V., PAŠINGEROVÁ, R. 2017. *Psychiatrická péče 2016*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. ISBN 978-80-7472-167-0
37. NĚMCOVÁ, Marcela. 1975. *Co víme o duševních nemocech*. Praha: Avicenum – zdravotnické nakladatelství.
38. Neuvedeno. Program START. *Psychiatrická léčebna Šternberk* [online]. Neuvedeno [cit. 1. 12. 2017]. Dostupné z: <https://www.plstbk.cz/program-start>
39. Neuvedeno. Projekt START. *Psychiatrická léčebna Šternberk* [online]. Neuvedeno [cit. 3. 9. 2017]. Dostupné z: <http://www.plstbk.cz/index.php/uvod-projektu-nf>
40. Neuvedeno. Psychiatrická léčebna Šternberk: Základní informace. *Psychiatrická rehabilitace* [online]. 2016 [cit. 1. 12. 2017]. Dostupné z: <http://www.psychiatrickarehabilitace.cz/psychiatricke-nemocnice/psychiatricka-lecebna-sternberk/>
41. Neuvedeno. Původ otevřeného dialogu. *Otevrenedialogy.cz* [online]. Neuvedeno [cit. 12. 1. 2018]. Dostupné z: <http://otevrenedialogy.cz/index.php/otevreny-dialog/puvod>
42. Neuvedeno. Šternberk PL – Historie. *Závislost na alkoholu: Prevence a léčba* [online]. Neuvedeno [cit. 6. 12. 2017]. Dostupné z: <http://www.alkohol-alkoholismus.info/lecba/lecebny-psychiatricke-lecebny-seznam/sternberk-psychiatricka-lecebna/1021-sternberk-pl-historie.html>
43. Neuvedeno. Základní informace: O psychiatrické léčebně Šternberk. *Psychiatrická léčebna Šternberk* [online]. Neuvedeno [cit. 1. 12. 2017]. Dostupné z: <https://www.plstbk.cz/zakladni-informace>
44. ODBOR 22. 2017. Transformace sociálních služeb. MPSV: Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. Neuvedeno [cit. 10. 10. 2017]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/7058>
45. Odbor 22. Neuvedeno. Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti. MPSV: Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. Neuvedeno [cit. 6. 11. 2017]. Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce\\_podpory.pdf](https://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce_podpory.pdf)

46. POGODOVÁ, Eva. 2008. Transformace sociálních služeb a její úskalí v kontextu dnešního společenského klimatu. In: Poláchová Vašátková, J., P. Vyhnálková a L. Amvrosiadisová. (Eds.). *Sociální práce v praxi*. Olomouc: Hanex. ISBN 978-80-7409-016-5.
- POSPÍŠIL, David. a kol. 2016. *Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016-2025*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. ISBN 978-80-7421-126-3.
48. PROBSTOVÁ, Václava. 2008. Sociální pracovník v oblasti komunitní péče o duševní zdraví a jeho potřeby vzdělávání. *Sociální práce / Sociálna práca*. 08(1): 68-76. ISSN 1213-6204.
49. PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST ČLS JEP. 2017. *Malý průvodce reformou psychiatrické péče: duben 2017*. Praha: Galén. ISBN neuvedeno. Dostupné také z: [http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2017/04/MZ\\_psychiatrie\\_pruvodce\\_final.pdf](http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2017/04/MZ_psychiatrie_pruvodce_final.pdf)
50. REICHEL, Jiří. 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3006-6.
51. SEIKKULA, Jaakko a Tom Erik ARNKIL. 2013. *Otevřené dialogy: Setkávání sítí klienta v psychosociální práci*. Brno: Narativ. ISBN 978-80-260-4346-1.
52. SKORUNKA, David. 2010. Rodinná terapie. In VYBÍRAL, Zbyněk a Jan ROUBAL (Eds.). *Současná psychoterapie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-682-7.
53. ŠESTÁKOVÁ, I., N. FRANCOVÁ, J. SOBEK a J. PROCHÁZKOVÁ. 2012. *Bydlení (nejen) pro lidi se zdravotním postižením*. Praha: MPSV ČR. ISBN: 978-80-7421-042-6. Dostupné také online z: <https://www.mpsv.cz/files/clanky/14029/ManualArchitekturyBydleni.pdf>
54. ÚLEHLA, Ivan. 2005. *Umění pomáhat*. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 80-86429-36-9.
55. VYMĚTAL, Jan a kol. 1997. *Obecná psychoterapie*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství. ISBN 80-86123-02-2.
56. WINKLER, P., F. ŠPANIEL, L. CSÉMY, M. JANOUŠKOVÁ a L. KREJNÍKOVÁ. 2013. *Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení*. Praha: Psychiatrické centrum Praha. ISBN 978-80-87142-21-9.