

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2021

Michal Šulc

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

Ústav sociální práce

Sociální práce s osobami duševně nemocnými

Bakalářská práce

Autor: Michal Šulc

Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce

Forma studia: prezenční

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Neubauerová, PhD.

Hradec Králové, 2021



Zadání bakalářské práce

Autor:	Michal Šulc
Studium:	U18087
Studijní program:	B6731 Sociální politika a sociální práce
Studijní obor:	Sociální práce
Název bakalářské práce:	Sociální práce s osobami duševně nemocnými
Název bakalářské práce AJ:	Social work with psychic ill people

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se bude věnovat sociální práci s osobami s duševním onemocněním v organizaci Fokus. Lidé s duševním onemocněním jsou ve společnosti často stigmatizováni, přestože jsou schopni fungovat v životě podle norem, které společnost vyžaduje. Práce si klade za cíl ukázat překážky v běžném životě z pohledu osob s duševním onemocněním, se kterými jim pomáhají poskytované služby organizace, budou představeny sociální služby zaměřené na osoby s duševním onemocněním, terminologie v oblasti duševních onemocnění Výzkumná metoda v bakalářské práci bude kvalitativní formou, která bude zaměřena na analýzu a následnou evaluaci poskytovaných služeb organizace. Doplněna bude kazuistickými studii.

MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 9788024721385. MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. Psychiatrická ošetrovatelská péče. Praha: Grada, c2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1151-6. MATOUŠEK, Oldřich. KODYMOVÁ, Pavla. KOLÁČKOVÁ, Jana. Sociální práce v praxi. Specifika různých cílových skupin a práce s nimi, 1. Vyd; Praha: Portál; 2005; ISBN 978-80-7367-818-0 DUŠEK, Karel, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena, 2010. Diagnostika a terapie duševních poruch. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1620-6 PROBSTOVÁ, Václava, PĚČ, Ondřej, 2014. Psychiatrie pro sociální pracovníky. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0731-3 MLÝNKOVÁ, Jana. Pečovatelství: učebnice pro obor sociální péče - pečovatelská činnost. Praha: Grada, 2010. ISBN 9788024731858. Slade, M. (2013). 100 ways to support recovery. London: Rethink

Garantující pracoviště:	Ústav sociální práce, Filozofická fakulta
Vedoucí práce:	PhDr. Lenka Neubauerová, PhD.
Oponent:	Mgr. et Mgr. Daniel Štěpánek, Ph.D.
Datum zadání závěrečné práce:	30.4.2020

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Sociální práce s osobami duševně nemocnými vypracoval pod vedením vedoucího bakalářské práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato bakalářská práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Datum: 17. 3. 2021

Podpis

Rád bych touto cestou vyjádřil poděkování paní PhDr. Lence Neubauerové, PhD. za její cenné rady a trpělivost při vedení mé bakalářské práce. Rovněž bych chtěl poděkovat všem pracovníkům Fokusu Vysočina v Hlinsku za vstřícnost a pomoc při získání potřebných informací a podkladů.

Podpis

Název:

Sociální práce s osobami duševně nemocnými

Autor:

Michal Šulc

Vedoucí práce:

PhDr. Lenka Neubauerová, PhD.

Anotace:

Tato bakalářská práce se zabývá zjišťováním překážek v běžném životě lidí s duševním onemocněním, se kterými jim pomáhají poskytovatelé služeb Fokus Vysočina Hlinsko. V této práci byla použita kvalitativní metodologie výzkumu, jedná se o polostrukturovaný rozhovor. Dílčí výzkumné otázky zjišťují překážky v prostředí klientů a překážky na straně klientů, poskytované služby sociální rehabilitace, zda se překážky daří odstraňovat a za jakých podmínek se lidé s duševním onemocněním stanou klienty organizace. Stěžejní praktická část bakalářská práce obsahuje sumarizaci rozhovorů a výslednou analýzu zjištěných dat následovanou evaluací. Závěr představuje shrnutí získaných poznatků kvalitativního výzkumu.

Klíčová slova:

duševní onemocnění, bariéry, sociální služby, spolupráce, sociální práce

Title:

Social work with psychic ill people

Author:

Michal Šulc

Thesis Supervisor:

PhDr. Lenka Neubauerová, PhD.

Annotation:

This bachelor's thesis deals with identifying obstacles in the daily life of people with mental illness, with which they are assisted by service providers Fokus Vysočina Hlinsko. Qualitative research methodology was used in this work, it is a semi-structured interview. Partial research questions identify obstacles in the environment of clients and obstacles on the part of clients, provided social rehabilitation services, whether obstacles can be removed and under what conditions people with mental illness become clients of the organization. The main practical part of the bachelor's thesis contains a summary of interviews and the resulting analysis of the obtained data followed by evaluation. The conclusion is a summary of the findings of qualitative research.

Keywords:

mental illness, barriers, social services, cooperation, social work

Obsah

Úvod	10
------------	----

TEORETICKÁ ČÁST

1. Zdravý x Nemocný	12
----------------------------------	-----------

1.1. Sociální práce v oblasti duševního zdraví.....	13
---	----

1.1.1. Sociální práce s dítětem s duševním onemocněním.....	16
---	----

1.1.2. Sociální práce se seniorem s duševním onemocněním	17
--	----

1.1.3. Sociální práce s klientem s psychotickým onemocněním.....	18
--	----

1.2. Psychiatrie.....	19
-----------------------	----

1.2.1. Schizofrenie	22
---------------------------	----

1.2.2. Bipolární porucha	25
--------------------------------	----

1.2.3. Neurotické poruchy.....	27
--------------------------------	----

2. Diskriminace	29
------------------------------	-----------

2.1. Stigmatizace.....	32
------------------------	----

2.2. Deinstitutionalizace	33
---------------------------------	----

2.3. Multidisciplinarita.....	36
-------------------------------	----

3. Organizace pro lidi s duševním onemocněním	38
--	-----------

3.1. Poslání a cíle komunitního týmu	38
--	----

3.2. Metody práce s klienty organizace	40
--	----

3.3. PEER konzultant.....	44
---------------------------	----

EMPIRICKÁ ČÁST

4. Cíl práce a metodika zpracování.....	48
--	-----------

4.1. Etika výzkumu	52
--------------------------	----

4.2. Charakteristika dotazovaných.....	52
--	----

5. Sumarizace rozhovorů	54
--------------------------------------	-----------

5.1. Rozhovory s pracovníky	54
5.2. Rozhovory s klienty	57
6. Výsledná analýza zjištěných dat.....	59
6.1. V jakých oblastech života mají lidé s duševním onemocněním nejčastější obtíže?.....	59
6.2. Jaké bariéry jsou na straně prostředí klienta?	61
6.3. Jaké konkrétní služby organizace poskytuje lidem s duševním onemocněním v rámci sociální rehabilitace za účelem odstranit překážku v prostředí klienta?	62
6.4. S jakými bariérami se pracovníci organizace setkali na straně klienta v rámci spolupráce?	63
6.5. Jakým způsobem organizace reaguje na bariéru na straně klienta v rámci spolupráce?	64
6.6. Daří se odstraňovat bariéry v přirozeném prostředí lidí s duševním onemocněním?.....	64
6.7. Daří se odstraňovat bariéry na straně lidí s duševním onemocněním v rámci spolupráce?	65
6.8. Kdy nebo za jakých podmínek se lidé s duševním onemocněním stanou klienty organizace?	66
7. Evaluace.....	67
Závěr	70
Zdroje:	72
Elektronické zdroje:	76
Přílohy	78

Úvod

Samotný název bakalářské práce nám napovídá, čím se budu v obsahu zabývat. Jelikož název je obecný, tak upřesním, co přesně bude práce obsahovat. Aby se lépe chápal zvolený obsah, je nutné znát můj osobní pohled na danou problematiku.

Když se podíváme na osoby s duševním onemocněním pohledem široké veřejnosti, většina lidí vnímá duševně nemocné jako nebezpečné svému okolí, kteří by měli být zavřeni v ústavu. Je na ně nahlíženo se strachem a jsou společností spíše odmítáni. Jako velký problém vnímám masmédia, která chtějí zaujmout oko či ucho člověka, a proto v nich nejčastěji můžeme vidět či slyšet různá dramata a neštěstí. Může se jednat o dopravní nehody či přírodní katastrofy, při kterých bývají usmrceni lidé. Problém však vzniká v případech, když člověk zabije jiného člověka a zjistí se, že vrah byl duševně nemocný. To vyvolává ve veřejnosti strach z lidí s duševním onemocněním, protože dotyčný byl označen jako duševně nemocný, ale jestli se léčil nebo ne, to už se nedozvíte. Média takto pravděpodobně nevědomě ohraničují skupinu lidí ve společnosti a dávají jim nálepkou „ti nebezpeční“. Tento předsudek ve společnosti živený masmédií vede i k diskriminaci osob s duševním onemocněním. Mnohdy je pro tyto lidi obtížné nejen sehnat práci nebo bydlení, ale i získat pojištění, nemluvě o jiných sociálních oblastech jako třeba přátelé. Skutečnost o problematice duševně nemocných zůstává většině veřejnosti skryta, neboť tu chybí osvěta, která by problematiku objasnila, ať už se jedná o to, že duševně nemocný člověk by měl být léčen, a pokud tomu tak nebude, může být nebezpečný nejvíce sobě a v ojedinělých případech i okolí. Dále je třeba zmínit, že se jedná o živé bytosti, které mají nárok na stejná práva jako každý jiný, a proto není třeba je za každou cenu umisťovat do ústavů, neboť mnohdy jsou schopni sami fungovat. Ústav je až krajní nouze v případech, kdy se jedná o těžký průběh nemoci.

Z mého pohledu na problematiku můžete vyčíst, že bakalářská práce bude obsahovat témata jako je diskriminace a stigmatizace, jelikož jsou příčinou vzniku překážek v běžném životě lidí s duševním onemocněním. Opakem toho je proces deinstitutionalizace, o kterém se dozvíte víc ve stejnojmenné kapitole. Ve zkratce se jedná o „boj“ proti ústavům a upíráním práv duševně nemocným. Deinstitutionalizace se také týká multidisciplinarita, která je obecně důležitá pro sociální práci. Ovšem,

než se k těmto tématům dostaneme, je třeba si říct něco o tom, kdo to člověk s duševním onemocněním je a jak ho poznáme, připomenout si sociální práci, jakým způsobem se sociální práce váže k duševnímu zdraví, a především představit sociální práci s duševně nemocnými. Dalším krokem bude popsat psychiatrii obecnou definicí, ačkoliv diskurs se bude držet převážně sociální práce, která je pro nás důležitá. Přesto je třeba zabrousit do oblasti psychiatrie v rámci nemocí, zejména schizofrenie, bipolární poruchy a neurotických poruch.

Poslední kapitolou v teoretické části bakalářské práce bude organizace, která se zabývá lidmi s duševním onemocněním. Tato kapitola nám pomůže přiblížit práci s duševně nemocnými, a to zejména v praxi. Nezbytnou součástí je představení organizace, ale i popis, kdo je to peer konzultant, jenž je součástí pracovního týmu.

Empirická část bakalářské práce zahrnuje její cíl, metodiku zpracování výzkumu, charakteristiku dotazovaných a analýzu zjištěných dat včetně evaluace služeb. Obohacena bude také jednou kazuistikou.

Rozhodl jsem se pro kvalitativní výzkum, jako metodu jsem zvolil polostrukturovaný rozhovor. Výhodou této metody je přímý kontakt s respondenty, protože můžu lépe porozumět lidem a jejich událostem v životě, mohu mít připravené otázky k rozhovoru s tím, že je mohu flexibilně vypustit, či se na něco doptat, případě dovysvětlit otázku, bude-li nepochopena. Nevýhodou však je malý počet respondentů, možná nedůvěra vůči mé osobě či určité rušivé faktory.

1. Zdravý x Nemocný

Prvním krokem v této kapitole bude si vyjasnit rozdíl mezi zdravím a nemocí. K tomu využijeme nejznámější definici, která je publikována Světovou zdravotnickou organizací neboli WHO. Ta definuje zdraví jako „*stav, kdy je člověku naprosto dobře, a to jak fyzicky, tak psychicky i sociálně.*“ (Čeledová a Čevela, 2010, str. 16, 17)

Nemoc dle Čeledové a Čevely (2010) omezuje možnost organismu vyrovnat se v průběhu života s určitými nároky vnějšího a vnitřního životního prostředí. Nemoc se vyznačuje poruchou adaptace člověka a selháním adaptivních mechanismů na podněty prostředí.

Přestože je zde uvedena definice zdraví a nemoci, hranice mezi nemocným a zdravým člověkem není jednoznačně a zcela definitivně určena. Společnost se přiklání k tendenci medicinizovat různé potíže, a tím se rozšiřuje pojem nemoc. Tento trend nabízí řešení mnoha problému, se kterými si společnost jinak neví rady. Postoj k nemocným lidem je předurčen jakoukoli odlišností, která je označena jako chorobný projev. Veřejnost může mít různé názory, neboť jsou ovlivňovány vnějšími znaky nemoci. Viditelné změny zevnějšku často rozhodují o představách, jak je nemoc závažná. Změna v chování nemocného, tedy to, co je při prvním pohledu vidět, ovlivní názor laika více než důsledky choroby, které nejsou viditelné. V neposlední řadě ovlivňují názor laika předsudky či stereotypy udržované ve společnosti s absencí validních informací o nemoci. (Vágnerová, 2008)

Z názoru Vágnerové je zřejmé, že rozpoznat zdravého a nemocného člověka je velmi obtížné, natož rozeznat duševně nemocného. Nevíte, jestli jde o člověka, který je pouze excentrický nebo má nějakou duševní chorobu. Tímto se dostáváme k názorům dvou autorů, které jsou si podobné.

Manfred Lütz (2017) ve své knize „Kdo je tu vlastně blázen?“ sděluje čtenářům, že by člověk měl být senzitivní, pokud chce někoho nazvat duševně nemocným. V mnohých případech se může jednat o excentričnost jedince, či o jeho genialitu, která nemusí být pochopena. Popisuje, že i myšlenky filozofa Nietzscheho, kterými

se inspiroval, světu nejznámější vůdce, Adolf Hitler, konkrétně myšlenkou o „nadčlověku“, Byť tyto myšlenky byly extrémní, nebyly příčinou duševní nemoci, ale bakteriální nemoci. Dále mnoho umělců jako Salvador Dalí nebo Pablo Picasso a jejich malby mohly být pro mnohé lidi nesrozumitelné, avšak to z nich ještě nemusí dělat duševně choré osoby.

Označení jedince za duševně nemocného je důležitou otázkou pro psychiatrickou sociologii. Tento proces bývá někdy označován jako kariéra duševně nemocného. Jedná se o otázku vztahu mezi chováním jedince a společností. Příčiny „narušeného“ chování jsou sociálně psychologické nebo biologické. Společnost může zhodnotit chování jedince podle své kultury. Co je někde považováno za normální, jinde může být chápáno jako abnormní. Příkladem může být rozdíl v chování jižních národů ve srovnání těch severských. Proto je důležité, abychom ihned jedince chybně neoznačili za duševně nemocného. (Dušek a Večeřová-Procházková, 2010)

Po zhodnocení těchto názorů můžeme vyvodit závěr, že rozdíly mezi zdravými a nemocnými lidmi jsou subjektivně posouzeny společností, a není na první pohled zcela jasné, zda se jedná o skutečně nemocného člověka. Snad jediný známý způsob nám pomůže určit nemocného člověka, a to tak, že mu je nemoc odborníkem diagnostikována. V tomto případě lze hovořit o duševní chorobě. To ale neznamená, že musí přestat žít svůj život jako doposud. I přes omezení, co nemoc přináší, může žít svůj život kvalitně.

1.1. Sociální práce v oblasti duševního zdraví

Abychom se dostali k sociální práci v oblasti duševního zdraví, je zapotřebí si připomenout obecnou sociální práci. Dle mého názoru je nejlepší definice sociální práce následující: *„Profese sociální práce podporuje sociální změnu, řešení problémů v lidských vztazích a také zmocnění a osvobození lidí v zájmu zvýšení blaha. Sociální práce zasahuje v oblastech, kde dochází k interakci lidí a jejich prostředí, a využívá k tomu teorie lidského chování a sociálních systémů. Základem sociální práce jsou principy lidských práv a sociální spravedlnosti.“* (Etika in Janebová, 2014, str. 17)

Jiná definice sociální práce dle Matouška zní: „*Sociální práce je společenskovední disciplína i oblast praktické činnosti, jejímž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů (např. chudoby, zanedbávání výchovy dětí, diskriminace určitých skupin, delikvence mládeže, nezaměstnanosti). Sociální práce se opírá jednak o rámec společenské solidarity, jednak o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu. Sociální pracovníci pomáhají jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám dosáhnout způsobilosti k sociálnímu uplatnění příznivé společenské podmínky. U klientů, kteří se již společensky uplatnit nemohou, podporuje sociální práce co nejdůstojnější způsob života.*“ (Matoušek, 2008, str. 11)

Zahraniční autoři Pierson a Thomas (2010) definují sociální práci jako placené profesionální aktivity zaměřené na pomoc lidem, kteří prochází vážnou sociální situací ve svém životě, prostřednictvím péče, ochrany, poradenství nebo prostřednictvím sociální podpory, zastupování nebo komunitní prací.

Po připomenutí, co to sociální práce vlastně je, přejdeme blíže k našemu tématu. Tou je sociální práce v oblasti duševního zdraví. „*Světová zdravotnická organizace WHO definuje duševní zdraví jako pocit pohody, v němž každý jedinec naplňuje svůj vlastní potenciál, zvládá běžný životní stres, může pracovat produktivně a plodně a je schopen přispívat k prospěchu své komunity.*“ (www.odusevnimzdravi.cz)

V oblasti duševního zdraví je sociální práce součástí intervencí, jenž mají různý rozsah i cíle. Může jít o obnovení stavu duševní rovnováhy (ve smyslu krizové intervence) či dokonce oblast dlouhodobého léčení duševních poruch. Role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu je mnohdy klíčová, nikoliv zbytečná. „*Většina lidí s psychickými problémy potřebuje od sociálního pracovníka cílenou pomoc (informace v oblasti sociálního zabezpečení, občanského, pracovního a rodinného práva a pomoc s problémy v těchto sférách, rodinnou intervenci apod.) či specifické intervence (poradenství, rodinná psychoterapie).*“ (Probstová in Matoušek, 2005, str. 133) Dlouhodobě duševně nemocní lidé potřebují komplexní zdravotně-sociální péči, což také znamená poskytované kvalitní služby odbornými profesionály ve spolupráci jednotlivých složek péče na různých úrovních (tým, stát, zařízení). (Probstová in Matoušek, 2005)

Probstová (in Matoušek, 2005) udává, že sociální pracovník se může s duševně nemocnými setkat v institucích, tj. psychiatrická léčebna, psychiatrické oddělení nemocnice, psychiatrický domov důchodců, nesespecializovaná zařízení (v ČR také ústav sociální péče pro mentálně postižené i běžný domov důchodců), dále v léčebných komunitách, v komunitních zařízeních, tudíž krizová centra, denní sanatoria, centra denních aktivit, zařízení podpory práce a bydlení, týmy řízení případu. Případně se s nimi lze setkat i v jiných zařízeních, například zařízení pro uprchlíky atd.

Při práci s duševně nemocnými je důležitá základní znalost symptomatiky a dynamiky duševních onemocnění, terapeutických intervencí včetně vlivu medikace, znalost standardů zdravotní a sociální péče a řádu zdravotního či sociálního zařízení, ve kterém pracovník pracuje. (Probstová in Matoušek, 2005)

Sociální pracovníci se podle Probstové (in Matoušek, 2005) mohou specializovat v těchto oblastech:

- A) Psychiatrická rehabilitace (oblast bydlení, práce), sociální rehabilitace, psychoedukace.
- B) Případové vedení – case management.
- C) Psychoterapie (rodinná, individuální, skupinová)

Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním se může lišit v přístupu k nim, a to v závislosti buď na jejich věku či jejich problémech. Problémem můžeme rozumět agresivitu klienta nebo jeho závislost na alkoholu, ba dokonce na opiátech. V následujících podkapitolách přiblížím sociální práci s dítětem, seniorem a s klientem s psychotickým onemocněním. Tyto tři skupiny je důležité zmínit, jelikož se jedná o cílovou skupinu organizace Fokus, které bude věnována 3. kapitola.

1.1.1. Sociální práce s dítětem s duševním onemocněním

V této podkapitole musím v první řadě zmínit, že děti jsou cílovou skupinou organizace, ale až od šestnácti let. Přesto je třeba tuto podkapitulu zařadit do této bakalářské práce, neboť sociální práce s dítětem s duševním onemocněním je odlišná od ostatních.

Jestliže jde o sociální práci s dítětem duševně nemocným, je dobré vědět, kdo v rodině dítě ovlivňuje a jak rodina plní svoje funkce. Jak bylo zmíněno již výše, dle Probstové znalost symptomatiky a dynamiky duševních onemocnění, terapeutických intervencí včetně vlivu medikace je zde důležitá. Sociální pracovník v terapeutickém týmu, se kterým spolupracuje, má důležitou úlohu v získávání informací o rodině klienta, ve zprostředkování vzájemné spolupráce, může provádět práci v domácnosti, pomáhá rodině i dítěti zajistit co nejlepší podmínky. (Vojáčková-Kuncová in Mahrová, 2008)

Specifika práce s duševně nemocným dítětem jsou stejná jako u jiných klientů. Jediným rozdílem je fakt, že se jedná s rodiči dítěte. Zásady práce podle Vojáčkové-Kuncové jsou následující:

- 1) *„Primárním cílem intervence je dítě, rozvoj jeho osobnosti, jeho bezpečí po všech stránkách*
- 2) *Preferuje se individuální přístup a ten je opravdu nezbytný*
- 3) *S rodinou pracujeme především v zájmu dítěte (řeší se problémové situace rodiny)*
- 4) *Konfliktní prostředí může zhoršovat psychický i zdravotní stav dítěte. Sociální pracovník může přispět k hledání řešení.“*

(Vojáčková-Kuncová in Mahrová, 2008, str. 102)

Nezbytností při léčbě dítěte s duševním onemocněním je spolupráce zdravotní a sociální složky. Mělo by se dbát na zachování úzkých vazeb v rodině, což znamená zajistit vhodnou formu léčby, například stacionární forma péče. Kvalitní rodinná a vztahová terapie pomůže rodině unést duševní onemocnění dítěte, pomáhá při zlepšení komunikace a mírní konflikty. Úloha sociálního pracovníka spočívá v mírnění sociálních dopadů nemoci na rodinu v oblasti finanční, bytové či právní. (Vojáčková-Kuncová in Mahrová, 2008)

Jestliže je dítě dlouhodobě hospitalizováno, hrozí zde riziko syndromu hospitalismu. Jedná se o nezáměr okolí dítěte, přestane se aktivně projevovat a stagnuje ve svém vývoji. Tomuto syndromu se dá předejít po ukončení léčby dobře cílenou spoluprací s rodinou. Rodiče by měli být maximálně informováni o nemoci svého dítěte. Své dítě by měli umět podporovat a zbytečně jej netraumatizovat nepřiměřenými výchovnými metodami. V takových situacích sociální pracovník využívá skupinové práce, neboť rodina je vlastně skupina lidí. (Vojáčková-Kuncová in Mahrová, 2008)

„V systému péče o rodinu s dítětem s duševním onemocněním je nezbytné koordinovat spolupráci mezi sociálními, výchovnými, poradenskými zařízeními a pediatrií a psychiatry.“ (Vojáčková-Kuncová in Mahrová, 2008, str. 105) Do spolupráce je nutné začlenit školská i výchovná zařízení. (Vojáčková-Kuncová in Mahrová, 2008)

1.1.2. Sociální práce se seniorem s duševním onemocněním

S přibývajícím věkem dochází k úbytku kvality funkce smyslových orgánů. Zhoršuje se zrak, sluch, mění se chuť nebo čich. Vlasy šednou, kůže se vysušuje. Avšak nedochází jen ke změnám fyzickým, nýbrž i k změnám psychickým. To však není nutnou podmínkou. (Čadková-Svejkovská in Mahrová, 2008)

Seniorský věk má svá specifika, a přestože se akutní schizofrenní onemocnění ve stáří téměř nevyskytuje, na druhé straně stojí vysoký počet dokonaných sebevražd. Důvody sebevražd nejsou známé, ale lze spekulovat o depresích, či prostém rozhodnutí o odchodu z tohoto světa. (Čadková-Svejkovská in Mahrová, 2008)

Mimo deprese se u seniorů mohou vyskytovat i různé bludy vedoucí k paranoidnímu nebo schizofrennímu jednání. Příčinou může být zhoršující se vidění. *„Obavy z nepochopitelných stínů se mohou vystupňovat v přesvědčení, že jsou v bytě duchové, kteří člověka pronásledují.“* (Čadková-Svejkovská in Mahrová, 2008, str. 111) Ve své podstatě zhoršení funkce smyslových orgánů mohou ovlivnit i psychiku člověka, nejde

jen o zrak, ale může to být i chuť, kdy si může jedinec myslet, že je jídlo otrávené. (Čadková-Svejková in Mahrová, 2008)

Individuální zkušenosti seniorů z minulosti mnohdy ovlivňují jejich budoucí jednání. Příkladem může být žena, jež byla znásilněna, proto může mít problémy při pomoci u hygieny. Jiným příkladem je muž, který byl vězněm v koncentračním táboře. V kolektivních zařízeních může mít panický strach, a z tohoto důvodu může odmítat hospitalizaci. (Čadková-Svejková in Mahrová, 2008)

Dalšími klienty mohou být senioři s Alzheimerovou chorobou a vaskulární demencí. U těchto nemocí nejčastěji bývá postižena paměť, ale dochází i ke změnám osobnostním, výkyvu nálad, neklidu, snížené sebekontroly, dezorientaci a mohou se objevit i bludy. V neposlední řadě sem patří i klienti, kteří mají sekundární postižení po cévní mozkové příhodě, kdy bývá ovlivněna řeč, orientace a motorika. Na závěr je dobré zmínit i seniory závislé na návykových látkách, nejčastěji na lécích, a dlouhodobě psychiatricky léčení senioři, kteří své onemocnění již zvládají, ale bývají osamělejší, čímž jsou ohroženi ve chvílích ztráty blízkých. (Čadková-Svejková in Mahrová, 2008)

1.1.3. Sociální práce s klientem s psychotickým onemocněním

V první řadě je třeba si vydefinovat psychotické onemocnění. Tomáš Petr definuje psychózy jako *„závažné duševní poruchy, při kterých je narušena schopnost nemocného srozumitelně jednat a správně se se orientovat v realitě. Je ovlivněno cítění, myšlení, vnímání, jednání a schopnost uspokojivě naplnit život a dostát svým životním rolím. Psychózy se vyznačují mnohotvárností psychopatologie, příčin vzniku onemocnění, průběhu onemocnění i reakcí na léčení.“* (Petr in Petr, Marková a kol., 2014, str. 210) Jestliže člověk onemocní psychózou, ztratí kontakt s realitou. (Petr in Petr, Marková a kol., 2014)

„Práce s lidmi s psychotickým onemocněním je složitá, klade velké nároky na komunikaci, kvalitu vztahu a přístupu. Je potřeba se orientovat v základní psychopatologii duševní nemoci a brát ji při jednání s klientem s psychotickým onemocněním v úvahu.“

(Valentová in Mahrová, 2008, str. 126) Valentová (in Mahrová, 2008) doporučuje chovat se ke klientům přirozeně, s respektem a zájmem, protože pokud klient cítí, že o něj máme zájem, že mu nasloucháme a vnímáme jeho prožívání, není velká šance, že uděláme v kontaktu s ním nějakou chybu. S rozvahou bychom měli volit slova, aby v případě vztahovačného klienta nedošlo k nedorozumění. To může být příčinou tenze.

Komunikace s klientem s psychotickým onemocněním bývá obtížná:

- 1) *Projevy jsou mnohotvárné*
- 2) *Navázání kontaktu bývá obtížnější*
- 3) *Klient bývá v napětí (je třeba s tím počítat)*
- 4) *Projev klienta je ovlivněn jeho vnitřní realitou (bludy, halucinace)*
- 5) *Projev bývá mnohdy nepřehledný (narušení filtru, opakování)*
- 6) *Komunikace vyžaduje velkou trpělivost*
- 7) *Narušení volných schopností (zhoršená hygiena, péče o sebe, strava...)*

(Valentová in Mahrová, 2008, str. 129)

Oblasti potřebné péče osob s psychotickým onemocněním spočívají v překonání společenské izolace a stigmatizace; získání a rozvíjení užitečných sociálních dovedností, schopností a chráněné a podporované bydlení pro duševně nemocné. (Valentová in Mahrová, 2008)

1.2. Psychiatrie

Tato kapitola se týká zdravotnické oblasti, ale je nutné ji zmínit. Pokusím se především držet spíše sociální práce a nevychýlit se od ní. Prvně ale začneme duševní poruchou, neboť bez ní by psychiatrie nebyla.

Duševní poruchy jsou onemocnění, kterými se zabývá lékařský obor psychiatrie. Duševní porucha je nemoc jako každá jiná, ale ve skutečnosti tomu tak není. Člověk trpící tímto onemocněním může být společností nahlížen jako podivín, nebo jako ten, na kterého je si třeba dávat pozor. Společnost tedy tímto lidmi s duševním onemocněním stigmatizuje, a tím je vymezeno jejich postavení ve společnosti. (Mlýnková, 2010)

Pokud bychom chtěli přesnější definici duševní poruchy, tak Gabriela Mahrová v kapitole „Psychiatrické minimum“ zmiňuje, že Světová zdravotnická organizace definuje psychiatrický případ podle Höschla jako „*zjevnou poruchu duševní činnosti, natolik specifickou ve svých klinických projevech, že je spolehlivě rozpoznatelná jakožto jasně definovaný soubor znaků a natolik závažná, aby způsobila ztrátu pracovní schopnosti, nebo sociálního postavení, nebo obou, a to v takovém stupni, který může být hodnocen jako selhání.*“ (Höschl in Mahrová, 2008, str. 69)

Nyní se už dostáváme k psychiatrii. „*Psychiatrie je vědní a klinická disciplína zabývající se prevencí, diagnostikou a léčbou duševních poruch.*“ (Raboch, Pavlovský, 2012, str. 13) Význam psychiatrie v dnešní době výrazně narůstá, příčinou je vymýcení závažných chorob a s tím spojené prodlužování věku. Studie Světové zdravotnické organizace „Global Burden of Disease“ ukazuje, že prevalence neuropsychiatrických chorob dosahuje téměř 50 % v naší populaci. (Raboch, Pavlovský, 2012)

Samotná psychiatrie má poměrně pestrou historii, která by dala dohromady desítky stran textu, a to stačí mluvit pouze o přístupech, které postupem času aplikovala a měnila je. Pro naše účely ale stačí zmínit, že:

Od počátku 20. století se psychiatrie vyvíjí dvěma směry:

- A) Biologická psychiatrie – duševní nemoci jsou důsledkem organického poškození CNS. Jsme schopni je léčit zásahy do postiženého substrátu, zavádí se biologické šokové metody, mohutně se rozvíjí psychofarmakologie, používá se EEG a jiná podobná vyšetření, aplikují se poznatky z biochemie, neurochemie, histologie aj.
- B) Sociální psychiatrie – soustřeďuje se především na sociální prostředí a na psychické faktory, které jsou důležité pro řešení etiologie, rehabilitace a resocializace duševně nemocného.

(Svoboda, 2006)

Sociální pracovník využije při práci s lidmi s duševním onemocněním spíše sociální psychiatrii. Role sociálního pracovníka spočívá v podpoře toho zdravého ve svém klientovi a pokouší se dosáhnout jeho sociálního fungování. Sociální pracovník, by měl

přijmout nemoc jako takovou, se všemi jejími projevy. Důležité je mít co nejvíce základních informací a znalostí o duševních nemocech a jejich diagnostice. Psychiatrickou diagnózu stanovuje samozřejmě lékař. (Mahrová, 2008)

Diagnóza se stanovuje podle Mezinárodní klasifikace nemocí (současné 10. revize). Je to klasifikace onemocnění používaná v České republice. Základem jsou popisy příznaků a znaků, které se společně vyskytují, v daném souboru a odlišují se od ostatních a nikterak nereprezentují jiné onemocnění. (Probstová a Pěč, 2014)

U klientů se může sociální pracovník setkat podle MKN-10 s následujícími diagnostikami:

- F00 – F09 Organické duševní poruchy, včetně symptomatických
- F10 – F19 Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek
- F20 – F29 Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy
- F30 – F39 Poruchy nálady (afektivní poruchy)
- F40 – F49 Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy
- F50 – F59 Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
- F60 – F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých
- F70 – F79 Mentální retardace (duševní opožďení)
- F80 – F89 Poruchy psychického vývoje
- F90 – F98 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci
- F99 – Neurčená duševní porucha

(Probstová a Pěč, 2014)

Tyto klasifikace také používá Mahrová (2008), Kučera (2013), Kelnarová a Matějková (2014), Pugnerová a Kvintová (2016), ačkoli tento výčet lze brát jen jako stručný přehled možných klientů. Pro bližší pohled na tyto poruchy je vhodná odborná literatura od Karla

Duška a Aleny Večeřové-Procházkové Diagnostika a terapie duševních poruch. Publikace obsahuje také symptomy a syndromy duševních poruch.

Aby sociální pracovník vyšetřil člověka s duševním onemocněním potřebuje teoretické znalosti, praktické dovednosti a zkušenosti. „*U nováčků (nejen u nich) je důležitá možnost supervize a intervize s kolegy.*“ (Probstová, Pěč, 2014, str. 171)

Šetření se dělí na jednotlivé fáze dle Pěče (2014):

1. Mapování – navázání kontaktu, komunikace a citlivé pozorování. Zjišťují se důležitá fakta z minulosti a přítomnosti
2. Srovnání a analýza – analýza získaných informací, srovnání s minulými zkušenostmi, situacemi a příběhy, pomáhá sociálnímu pracovníkovi ke stanovení diagnózy.
3. Popis – „*na základě získaných informací a jejich analýzy musí být sociální pracovník schopen rozpoznat, odlišit a následně popsat psychopatologii zasazenou do psychosociálního rámce, určit funkční kapacitu, potřeby a zdroje prostředí (vč. rodinné anamnézy a aktuálního fungování rodiny i širší sociální sítě) daného člověka.*“ (Pěč, 2014, str. 172)
4. Stanovení diagnózy – s dalšími členy týmu je diagnóza podrobována rozvaze
5. Sepsání závěrečné zprávy

1.2.1. Schizofrenie

Když se řekne pojem duševní porucha, tak se většině z nás vybaví schizofrenie. Schizofrenie je závažná duševní porucha, která narušuje většinu základních psychických funkcí. „*Zahrnuje poruchy myšlení, vnímání, pozornosti, paměti, vůle, afektivity, poruchy „jáství“, narušení interpersonálních vztahů k okolnímu světu.*“ (Benda, 2007, str. 45)

Charakteristické symptomy jsou depersonalizace, dezorganizované nebo katatonní chování, abulie, oploštělá nebo nepřiléhavá emotivita, bludy a halucinace. (Benda, 2007) Tuto definici můžeme považovat za zjednodušenou, protože dosud není úplně jasné, co tuto nemoc způsobuje, a především se může u každého jedince jinak projevat.

Vymezení pojmu schizofrenie se od minulosti několikrát změnilo, a stále fascinuje lékaře a filozofy už několik tisíc let. Griesinger v 2. polovině 19. století začal prosazovat koncepci jednotné psychózy, kdy existuje pouze jedna jediná psychóza, která mění svůj průběh v závislosti na čase. Primární procesy psychózy podle Griesingera by dnes spadaly do kategorie afektivních poruch, a sekundární procesy do kategorie schizofrenie. Ovšem Kraepelin roku 1896 oddělil afektivní poruchy od „předčasné demence“, tímto pojmem označil stavy, které dnes vnímáme jako schizofrenii. Předčasná demence byla chápána jako nevyléčitelná duševní porucha s progresivním charakterem. (Preiss, Kučerová a kol., 2006)

Pojem schizofrenie se objevil až v roce 1911, jehož autorem byl Eugen Bleuler. Tento pojem je odvozen z řečtiny, kde „schizo“ znamená štěpit se a „phren“ znamená rozum. Tímto názvem chtěl Bleuler zdůraznit přítomnost rozštěpení mezi myšlením, emocemi a chováním. Nesoulad psychických funkcí neboli rozštěpení považoval za důležitou vlastnost onemocnění. (Hanuš a Syřišťová in Preiss, Kučerová a kol., 2006)

V následujících letech byly uskutečněny genetické studie. Pokrok byl učiněn i v oblasti epidemiologie schizofrenie a transkulturních porovnávacích studií. *„Byly odhaleny a potvrzeny důležité vztahy k sociálních a psychologickým situacím: sociální selekce, socioekonomický status, narušení emočních reakcí v rodinných systémech.“* (Preiss, Kučerová a kol., 2006, str. 190) Zjištěny byly i rizikové faktory, které vedly ke vzniku schizofrenie: migrace, somatogeneze, specifická vulnerabilita. (Preiss, Kučerová a kol., 2006)

Zkrátka a dobře proběhlo několik významných změn v pohledu na podstatu syndromů schizofrenie. Obecně byl přijat názor, že schizofrenie nemůže být viděna jako kompaktní syndrom, ale má být na ni nahlíženo jako na komplex nemocí, které sdružují různé symptomy. (Preiss, Kučerová a kol., 2006)

Mezinárodní klasifikace nemocí (současná 10. revize) stanovuje následující obecná diagnostická kritéria pro určení diagnózy schizofrenie:

„Po většinu období epizody psychotického onemocnění, které trvá alespoň jeden měsíc, musí být přítomna alespoň jedna z následujících charakteristik:

- A. Slyšení vlastních myšlenek, pocity vkládání nebo odnímání myšlenek, vysílání myšlenek*
- B. Bludy kontrolování, ovlivňování nebo ovládání, zřetelně se projevující pohyby těla nebo končetin, nebo zvláštními myšlenkami, činnostmi nebo pocity, bludné vnímání*
- C. Halucinace hlasů, které komentují pacientovo chování nebo o něm mezi sebou hovoří nebo jiné typy hlasů, které přicházejí z některých částí těla*
- D. Trvalé bludy jiných typů, které nemohou být podmíněné příslušnou kulturou a jsou zcela nepatřičné, jako náboženská nebo politická identita, nadlidská moc nebo schopnost (např. schopnost kontrolovat počasí nebo být ve spojení s cizinci z jiného světa)*

Nebo alespoň dvě z následujících charakteristik:

- A. Přetrvávající halucinace jakéhokoliv typu, pokud se vyskytují denně po dobu nejméně 1 měsíce a jsou spojeny s bludy (buď občasnými, nebo jen částečně formovanými) bez jasného emotivního obsahu, nebo jsou doprovázeny trvale zvýšeným sebehodnocením*
- B. Neologismy, přerušování nebo zákazy myšlení, jejichž důsledkem jsou inkoherece nebo zmatený slovní projev*
- C. Katatonní chování, jako např. vzrušenost, nástavy nebo vosková ohebnost, negativismus, mutismus a stupor*
- D. „negativní“ symptomy, jako jsou zřetelná apatie, ochuzení řeči a ploché nebo nepřiměřené emoční odpovědi (musí být jisté, že se nejedná o následek deprese nebo neuroleptické léčby)*
- E. Výrazné a nápadné kvalitativní změny v osobním chování, jako je ztráta zájmů, bezcílnost, nečinnost, ztráta vztahů k okolí a sociální stažení“*

(Benda, 2007, str. 45)

Při diagnostice je důležité vyloučit somatická onemocnění, stavy způsobené psychoaktivními látkami a vztah k pervazivní vývojové poruše. Schizofrenie se nestanovuje, jestliže jsou přítomny masivní depresivní nebo manické příznaky.

(Smolík a Zvolský in Benda, 2007)

Raboch a Pavlovský (2012) tvrdí, že schizofrenie je léčitelné onemocnění. Toto tvrzení staví na dlouhodobé prognóze nemocných se schizofrenií, kdy se necelá třetina nemocných po první atace uzdraví úplně nebo téměř beze zbytku a epizoda onemocnění se neopakuje. Další prognózy jsou, že průběh nemoci u další třetiny nemocných probíhá v atakách s reziduální psychopatologií mezi atakami, a více než třetina trpí dlouhodobým trvale chronickým průběhem s kolísavou intenzitou téměř trvale přítomných příznaků nemoci. Bohužel je také nutné zmínit, že 10 % nemocných ukončí svůj život sebevraždou. Léčba schizofrenie probíhá pomocí farmakoterapie. Psát jaké léky to jsou by bylo velmi zdouhavé, neboť jich existuje mnoho a na každého pacienta účinkují jinak.

1.2.2. Bipolární porucha

Bipolární porucha je nemoc, která spadá do skupiny afektivních poruch. Charakteristické pro tuto nemoc je střídání radostné a depresivní nálady (Látalová, 2010), proto byla tato porucha dříve označována jako maniodepresivní onemocnění. (Tůma in Vlček, 2014). Podle současného názoru zahrnuje koncept bipolarity nejen typickou bipolární poruchu s periodickým výskytem střídavých nálad, ale označuje se tím i porucha označována jako bipolární porucha II. Typická bipolární porucha má označení I. (Tůma in Hosák, 2015) „*Bipolární porucha II je charakteristická výskytem depresivních epizod a hypomanických epizod, nevyskytují se plně vyjádřené manické epizody.*“ (Tůma in Hosák, 2015, str. 212) V Mezinárodní klasifikaci nemocí (současná 10. revize) není bipolární porucha II uvedena jako samostatná diagnostická jednotka, proto se tento pojem málo v praxi používá. Tato porucha je ale obsažena v americké psychiatrické klasifikaci DSM IV neboli Diagnostický a statistický manuál, 4. verze) (Tůma in Vlček, 2014)

Diagnostika této poruchy se opírá o klinické zhodnocení a anamnestické zhodnocení průběhu nemoci. Jsou rozlišovány 3 epizody bipolární poruchy: hypománie/mánie, deprese a smíšená epizoda. (Tůma in Vlček, 2014)

Pod pojmem hypománie či pouze mánie si můžeme představit charakteristickou povznesenou nebo podrážděnou náladu, která je zřetelně abnormální a trvá nejméně

4 dny v kuse. U mánie vzniká myšlenkový trysk projevující se inkoherentním řečovým projevem (rozdíl mezi inkoherencí u schizofrenie a bipolární poruchy je, že pro bipolární poruchu je inkoherence označována jako pseudoinkoherence). Dalšími příznaky mohou být obtíže při koncentrování pozornosti, snížená potřeba spánku, zvýšené libido, sexuální netaktnost, zvýšené utrácení peněz nebo nezodpovědné chování, nekriticky zvýšené sebevědomí až velikášství. Nemocný je k těmto změnám nekritický, i když jeho okolí tyto změny rozeznává. Tyto změny také mohou narušit pracovní a sociální funkce nemocného. V případě těžké mánie může být narušené vnímání, myšlení a vztah nemocného k realitě. Psychotickými příznaky jsou extrapotenční bludy (nevývratné přesvědčení o vlastních výjimečných schopnostech), originální bludy (nevývratné přesvědčení o vlastním vznešeném původu), sluchové verbální halucinace spojené s manickou náladou a bludnými obsahy v myšlení. (Tůma in Hosák, 2015)

Další epizodou je epizoda depresivní. Depresi obecně lze definovat jako chorobně smutnou náladu, která je součástí depresivního syndromu společně se zpomaleným myšlením a utlumenou psychomotorikou. (Váňová in Lukáš, 2014) „*Základním rysem je ztráta zájmů, pocity úzkosti, pocity tělesného a psychického vyčerpání, tendence k negativnímu bilancování, mohou se objevovat i sebevražedné myšlenky.*“ (Váňová in Lukáš, 2014, str. 169) Depresivní fáze během bipolární poruchy má také za následek pocit bezmoci, neschopnost se rozhodnout, ztrátu motivace a přesvědčení, že nic nemá cenu. Pacienta během této fáze není možné z tohoto prožívání nikterak vytrhnout. Pacienti nenalézají únik ani ve spánku a nejsou schopni kvalitního odpočinku. (Látalová, 2010)

Poslední pohled patří smíšené epizodě trvající nejméně 1 týden a během ní jsou střídány manické a depresivní nálady. Četnost střídání nálad je individuální, během dne se může nálada několikrát změnit, a to velmi rychle. Symptomy smíšené epizody jsou nejčastěji neklid, nespavost, nechut' k jídlu a také sebevražedné myšlenky. Riziko sebevraždy během smíšené epizody je vysoké, protože nemocný během depresivní nálady může mít právě sebevražedné myšlenky, jenže když se k tomu vzápětí přidá manická nálada, kdy je člověk impulzivní, může to znamenat jeho smrt. (Deminco, 2019)

Léčba této nemoci probíhá buď za pomoci farmakoterapie, elektrokonvulzivní terapie, fototerapie, repetitivní transkraniální magnetické stimulace nebo psychoterapie. (Váňová in Lukáš, 2014)

1.2.3. Neurotické poruchy

Nyní si představíme poslední onemocnění, které je dobré zmínit v této bakalářské práci, jelikož se na lidi s neurotickými poruchami zaměřuje organizace, která zde bude později zmíněna. „*Neurotické poruchy nejsou onemocněním v pravém slova smyslu, ale jedná se spíše o poruchy adaptace.*“ (Kopecká, 2015, str. 66) Symptomy u neurotických poruch mohou být změněné prožívání, narušené emoce, může být změněno i chování či uvažování. Člověk, který trpí neurotickou poruchou, může mít neobvyklé či nápadné chování, avšak neporušuje základní sociální normy. Dotyčný si své odlišené chování, které může být nepříjemné jemu i jeho okolí, uvědomuje. (Kopecká, 2015)

Mezi neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy podle MKN-10 řadíme:

1. **F40 Fobické úzkostné poruchy** (agorafobie, sociální fobie, specifické (izolované) fobie)
2. **F41 Jiné úzkostné poruchy** (panická porucha, generalizovaná úzkostná porucha, smíšená úzkostně-depresivní porucha)
3. **F42 Obsedantně kompulzivní porucha**
4. **F43 Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení** (akutní reakce na stres, posttraumatická stresová porucha, poruchy přizpůsobení)
5. **F44 Disociační (konverzní) poruchy**
6. **F45 Somatoformní poruchy** (somatizační porucha, nediferencovaná somatoformní porucha, hypochondrická porucha, somatoformní vegetativní dysfunkce, přetrvávající somatoformní bolestivá porucha)
7. **F48 Jiné neurotické poruchy** (neurastenie, depersonalizační a derealizační syndrom)

(Práško, Prášková in Vymětal, 2007)

Neurotické poruchy jsou velmi běžným onemocněním, které trápí zhruba 15 % populace na Zemi. Poruchy se častěji objevují u žen, s výjimkou obsedantně kompulzivních poruch a poruch panických. Nástup poruch je obvykle mezi ranou dospělostí a středním věkem. S nižší životní úrovní se šance na nástup poruchy zvyšuje a běžně se spojuje i s depresí. Vznik neurotických poruch je nejčastěji přisuzován vlivům vnějšího prostředí. (Gulati, 2014)

Faktory, které ovlivňují vznik neurotických poruch, jsou podle Kopecké:

„Vrozené dispozice – stabilita psychických funkcí, individuální rysy prožívání, nižší tolerance k zátěži, emoční labilita, zranitelnost, sklon k vegetativním obtížím (např. bolest hlavy, poruchy spánku).

Vlivy vnějšího prostředí – nepřiměřené nároky okolí (vysoký stres, náročné životní situace, nevhodná výchova, tvrdé životní podmínky, traumatizující události) nebo nízké dispozice klienta zvládat zátěž běžného života (z důvodu nemoci, únavy, individuálních vlastností, nízké frustrační tolerance). Roli hraje také aktuální psychický stav člověka, předchozí zkušenosti, sociální role.“

(Kopecká, 2015, str. 67)

Vyvolaný stres z nepříznivých nároků okolí na jedince se odráží na jeho vysokém krevním tlaku, kvalitě spánku a žaludečních potížích. V některých případech vede stres k depresi. (Bartůňková, 2011)

2. Diskriminace

V našem běžném moderním životě se můžeme setkávat s diskriminací různých osob, ať už je to z důvodu pohlaví, rasy, náboženského vyznání, či kvůli handicapu apod. To může člověku přinést řadu komplikací, zejména pokud jde o oblast zaměstnání. Dalšími oblastmi mohou být služby, bydlení, zdravotní péče či školství aj.

Diskriminací se rozumí znevýhodnění z určitých důvodů oproti někomu jinému neboli rozdílné jednání s jednotlivcem či skupinou osob, motivované jejich odlišností. (Faltová, Zunt; 2008)

O diskriminaci jde, když je člověk znevýhodňován na základě určitých právem zakázaných kritérií, člověk je omezen v určitých právem stanovených oblastech či situacích, jednání přináší znevýhodnění či určitou újmu vůči jednotlivci či skupině osob a znevýhodňuje ho ve srovnání s jinou osobou či skupinou osob. (Faltová, Zunt; 2008)

Antidiskriminační zákon 198/2009 Sb. vymezuje zákaz diskriminace ve věcech:

- a) *práva na zaměstnání a přístupu k zaměstnání, včetně pomoci poskytované Úřadem práce České republiky,*
- b) *přístupu k povolání, podnikání a jiné samostatné výdělečné činnosti, včetně začleňování do profesního života,*
- c) *pracovních, služebních poměrů a jiné závislé činnosti, včetně odměňování,*
- d) *členství a činnosti v odborových organizacích, radách zaměstnanců nebo organizacích zaměstnavatelů, včetně výhod, které tyto organizace svým členům poskytují,*
- e) *členství a činnosti v profesních komorách, včetně výhod, které tyto veřejnoprávní korporace svým členům poskytují,*
- f) *sociálního zabezpečení,*
- g) *přiznání a poskytování sociálních výhod,*
- h) *přístupu ke zdravotní péči a jejího poskytování,*
- i) *přístupu ke vzdělání a jeho poskytování, včetně odborné přípravy,*

j) přístupu ke zboží a službám, včetně bydlení, pokud jsou nabízeny veřejnosti nebo při jejich poskytování.

(Zákon č. 198/2009 Sb., antidiskriminační zákon)

§ 2, odst. 2 udává, že za diskriminaci se považuje i obtěžování, sexuální obtěžování, pronásledování, pokyn k diskriminaci a navádění k diskriminaci.

Diskriminace je dělena na přímou a nepřímou. Přímá diskriminace představuje jednání, kdy se s osobou či skupinou osob zachází méně výhodně než s jinými osobami ve srovnatelné situaci. Příkladem přímé diskriminace může být odmítnutí obsloužení občana romského původu v restauraci jen na základě barvy pleti. (Faltová, Zunt; 2008)

Nepřímá diskriminace je zdánlivě neutrální rozhodnutí, opatření či praxe, které způsobují znevýhodnění osob patřících do určité skupiny v porovnání s osobami, které do této konkrétní skupiny nepatří. Nepřímá diskriminace bývá skrytá. Příkladem může být azylový dům, kde určují jako jedinou formu stravování českou kuchyni, ale muslimské menšině jejich náboženství nedovoluje jíst vepřové maso – pravidlo je na první pohled neutrální, přesto znevýhodňuje skupinu osob. O nepřímou diskriminaci se nemusí jednat, jestliže ustanovení, kritérium či praxe je objektivně zdůvodněno legitimním cílem a prostředky k jeho dosažení jsou přiměřené a nezbytné. (Faltová, Zunt; 2008)

§ 3, odst. 2, antidiskriminačního zákona 198/2009 Sb. zmiňuje, že nepřímou diskriminací z důvodu zdravotního postižení se rozumí také odmítnutí nebo opomenutí přijmout přiměřená opatření, aby měla osoba se zdravotním postižením přístup k určitému zaměstnání, k výkonu pracovní činnosti nebo funkčnímu či jinému postupu v zaměstnání, aby mohla využít pracovního poradenství, a nebo se zúčastnit jiného odborného vzdělávání, nebo aby mohla využít služeb určených veřejnosti, ledaže by takové opatření představovalo nepřiměřené zatížení.

Při rozhodování o tom, zda konkrétní opatření představuje nepřiměřené zatížení, je třeba vzít v úvahu:

a) míru užítku, kterou má osoba se zdravotním postižením z realizace opatření,

- b) *finanční únosnost opatření pro fyzickou nebo právnickou osobu, která je má realizovat,*
- c) *dostupnost finanční a jiné pomoci k realizaci opatření a*
- d) *způsobilost náhradních opatření uspokojit potřeby osoby se zdravotním postižením.*

(§ 3, odst. 3, antidiskriminační zákon 198/2009 Sb.)

Pro přiblížení diskriminace lidí s duševním onemocněním vřele doporučuji knihu od Grahama Thornicrofta *Ti, kterým se vyhýbáme: Diskriminace lidí s duševním onemocněním*. Ta obsahuje několik případů diskriminace v různých oblastech běžného života. Z této knihy uvedu pouze jeden příklad, jenž bude z oblasti občanského a společenského života. V následujícím příkladu byla zpochybněna věrohodnost jakožto oběti trestného činu.

„Jednou jsem byla poměrně dlouho v psychiatrické léčebně a bylo to v době, kdy jsem žila v mezonetovém bytě. Lidé o patro níž byli známí kriminálníci. Vloupli se mi do bytu, všechno ukradli a prodali včetně mých cenných šperků. Když jsem přijela z léčebny na víkend domů, byla to vůbec moje první návštěva doma během pobytu v léčebně, našla jsem byt úplně zdevastovaný. Bylo to strašné. Jenomže k tomu, abyste mohli žádat pojistné plnění po vloupání, potřebujete číslo policejní zprávy. Takže nakonec, když mě z léčebny propustili, ke mně dorazil jeden policejní detektiv a zeptal se mě: „Proč vám trvalo tak dlouho, než jste nás zavolala?“ A já mu řekla: „Byla jsem v nemocnici,“ a on povídá: „Můj Bože, a copak vám je?“ Řekla jsem mu tedy, co mi je, a jeho reakce byla: „No, když máte záznam o duševní chorobě...“ a já mu povídám: „To není záznam v trestním rejstříku!“ A ten detektiv na to odpověděl: „Jistě, ale já vám všechno, co říkáte, věřím,“ takže si samozřejmě pomyslel, že lidem s „mentálním záznamem“ se věřit nedá. Řekl mi ale také: „Vy nebudete působit jako věrohodný svědek. Žádná státní prokuratura vás s tím záznamem, který máte, nevyzve, abyste podala výpověď.“ S nahlášením pojistné události jsem pak musela počkat, dokud tento policejní detektiv nedal souhlas, že i přes můj záznam „se mi má věřit“.“ (Thornicroft, 2011, str. 90)

Lidé s tímto onemocněním také přicházejí i o své partnery, přátele, vznikají tím problémy v rodině. Není to vždy samozřejmostí, ale děje se to. Většinou to bývá právě tím, že lidé nějakým způsobem nesnesou duševní onemocnění někoho blízkého. Může to být v podobě deprese, stresu či agrese, která je mířena proti duševně nemocnému. Proto se „zdravý“ člověk může od duševně nemocného distancovat.

V důsledku nemoci se sociální role a pozice člověka mění. Zpravidla získává kvalitativně horší roli nemocného, která je vyznačována několika znaky:

- Za svůj stav si nemocný nemůže sám a není předpoklad, že by si sám dokázal pomoci.
- „*Nemocný má jistá privilegia, tj. je zproštěn určitých povinností, ale zároveň nemá stejná práva jako zdraví lidé.*“ (Vágnerová, 2008, str. 90)
- Očekává se, že se nemocný chce uzdravit a pokud nebude při léčbě spolupracovat, ztratí svá privilegia. Jelikož nerespektuje pravidla určená společností, přestává jej tolerovat.

(Vágnerová, 2008)

Avšak pravda je taková, že mnohé role nemocný ztrácí, např. přichází o svoji profesní roli, která mu přinášela uspokojení a prestiž. Mění se i jeho role v rodině, kdy se stává závislý na ostatních členech rodiny. Pro nemocného je důležitá reakce nejbližších lidí z jeho okolí na tyto změny. (Vágnerová, 2008)

2.1. Stigmatizace

Psychice byl v historii připisován velký význam, jelikož přírodovědecké znalosti byly na velmi nízké úrovni, a tak byly všechny nezvyklé jevy připisovány zázrakům, nadpřirozeným silám či bytostem. Na duševně nemocné tudíž bylo nahlíženo jako na posedlé zlým duchem, prokleté a v některých případech opačně jako na světce, proroky. (Ocisková, Práško, 2015)

V dnešní době je tomu tak podobně, tato označení pro duševně nemocné jsou dávno zapomenuta, ale stereotyp a předsudek je v jádru podobný. Člověk s duševním onemocněním je vnímán jako někdo špatný, divný a leckdy i nebezpečný. Matoušek (2008) definuje stereotyp jako předsudečné zobecněné přesvědčení určující očekávání, zatímco *„předsudek je fixovaný, předem zformovaný postoj k nějakému objektu projevující se bez ohledu na individualitu nebo povahu tohoto objektu.“* (Hayes, 2003, str. 121)

Duševně nemocný člověk je ve společnosti stigmatizován, a to zejména negativním způsobem. Stigmatizovaným mohou být omezována nebo odnímána práva, mohou být vystaveni posměchu nebo odmítavým reakcím. (Goffman in Ocisková, Práško, 2015)

Matoušek (2008) definuje stigma jako poznamenání, cejch, které člověka hendikepuje v jeho společnosti. Masmédia mají velký vliv na formování hodnot a norem společnosti v posilování důležitosti či uznávání. (Výrost, Slaměník, 2008) Tudíž pokud televize v hlavních zprávách ukáže, že schizofrenik někoho zabil, ve společnosti to vzbudí diskusi, že duševně nemocní lidé jsou nebezpeční. Právě takové stigma může vést i k posílení příznaků duševní poruchy. Nemocným lidem snižuje sebedůvěru, vede ke strachu. (Marková, Petr, 2006)

2.2. Deinstitutionalizace

Institucionalizovaný člověk je člověk umrtvený ústavem, bez cíle, bez pohledu na lidi kolem sebe, bez očekávání a naděje, člověk, který postupně splývá se svým vnitřním vakuem. Pro člověka s duševním onemocněním je svoboda velmi důležitá. (Basaglia in Toresini, Mezzina, 2017)

Franco Basaglia byl průkopníkem a vizionářem deinstitutionalizace lidí s duševním onemocněním. Někteří tento jeho nápad odsuzovali a bojkotovali, jiní zase jej vzali za svůj a též jej začali prosazovat. Deinstitutionalizace bojovala za větší svobodu duševně nemocných, kdy začali vznikat ambulantní služby a chráněné byty, které známe dnes. Psychiatrické nemocnice nahradily ústavy, kdy po hospitalizaci byli pacienti zase propouštěni. Rozdíl byl především v dobrovolnosti. Zatímco v psychiatrické nemocnici

byli hospitalizováni pacienti nedobrovolně, v ústavech byla možnost dobrovolnosti. Tento proces začal v Itálii v roce 1978 zákonem o reformě. (Toresini, Mezzina, 2017)

K této reformě přispěl Franco Basaglia. Když se v srpnu 1971 stal ředitelem Psychiatrické nemocnice v Terstu, měl již vytvořený tým mladých lékařů, sociologů, sociálních pracovníků, dobrovolníků a studentů z celé Itálie a Evropy. Prvním bodem změn byla vnitřní organizace, což spočívalo právě v dobrovolnosti hospitalizace. To také bylo spojováno s umožněním volnosti pohybu jak v zařízení, tak i mimo něj. Dále byly prováděny schůzky veškerého personálu a pacientů. Dveře oddělení byly odemčené, šokové terapie a všechny formy fyzického omezování zakázány. Život v nemocnici byl oživen večírky, bary a novinami vydávanými pacienty. Pacienti se mohli pohybovat po městě sami nebo ve skupinkách. Díky veřejnému financování mohli navštěvovat i veřejná místa. Tyto změny však vyděsily společnost, neboť byli v přesvědčení, že je třeba je umlčet v ústavu. Úkolem tedy bylo přesvědčit společnost, že dokážou rozhodovat sami za sebe a jsou schopni působit ve společnosti. Dalším krokem změny bylo obnovení práv pacientů. Zpočátku byla věnována pozornost na obnovení vztahů s rodinou a místy původu, dále byly vytvořeny skupinové byty, čímž se měly posilovat jejich kompetence. Posledním třetím krokem bylo vytvoření vztahu mezi nemocnicí a komunitou. To znamenalo navázat spolupráci s dalšími organizacemi, institucemi a agenturami s občanskými sdruženími.

V roce 1975 začala v Itálii vznikat první komunitní centra, která začala nahrazovat psychiatrické nemocnice, neboť začaly být postupně uzavírány po schválení zákona o psychiatrické reformě roku 1978. (Dell'acqua in Toresini, Mezzina, 2017)

Proces deinstitutionalizace celkem nedávno započal v roce 2007 i v České republice. 21. února 2007 byl vládou ČR přijat pod číslem 127 materiál „Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti“. Cílem této koncepce je podpořit a usnadnit cestu poskytovatelům i zřizovatelům pobytových služeb v přirozeném procesu humanizace sociálních služeb. (www.mpsv.cz)

Za hlavní navrhované body materiálu lze označit zejména:

- podporu procesu zkvalitňování životních podmínek obyvatelů stávajících pobytových zařízení sociální péče,
- podporu poskytovatelů sociálních služeb, jejich zaměstnanců a dalších subjektů při změnách v institucionální péči, a to zejména v poskytování sociálních služeb v souladu s individuálními potřebami uživatelů,
- podporu naplňování lidských práv uživatelů pobytových sociálních služeb a jejich práva na plnohodnotný život srovnatelný s vrstevníky, žijícími v přirozeném prostředí,
- vytvoření systému spolupráce mezi všemi aktéry procesu transformace institucionální péče,
- zvýšení informovanosti o procesu změn v institucionální péči pro osoby se zdravotním postižením a seniory.

(www.trass.cz)

Od roku 2007 vznikly celkem 3 projekty zaměřeny na deinstitucionalizaci a transformaci služeb sociální péče. První z nich nesl název Podpora transformace sociálních služeb. Tento projekt byl realizován od února 2009 až do května 2013. Směr tohoto projektu se zaměřil na „*prosazení a naplnění lidských práv lidí se zdravotním postižením a způsob, jak dosáhnout nastavení sociálních služeb, tak aby byly založeny na individualitě a vytvořily síť, která bude působit jako prevence vstupu do ústavu.*“ (www.trass.cz) Druhý projekt, který navazoval na předchozí, nesl název Transformace sociálních služeb. Projekt vytvářel prostředí na národní úrovni, čímž mělo dojít k transformaci pobytových zařízení sociálních služeb na služby komunitní. Tyto služby více podporují své klienty, zejména lidi se zdravotním postižením, k zapojení se do společnosti a na trh práce. S tímto projektem byla spojena i osvěta povědomí veřejnosti ohledně lidí se zdravotním postižením opouštějící ústavy, aby byli lépe přijati do běžného společenství. Ve zkratce, projekt cílil na posílení kompetencí lidí se zdravotním postižením, kteří žijí v ústavech nebo je opouštějí. Dále byly podporovány poskytovatelé sociálních služeb a organizace, které napomáhají integraci lidí se zdravotním postižením. (www.trass.cz). Život jako každý jiný je poslední projekt, který započal roku 2016 a skončil 2019. Cílem byla podpora nabídky kvalitních, dostupných a udržitelných komunitních sociálních služeb

pro osoby se zdravotním postižením prostřednictvím transformace systému ústavních sociálních služeb na služby poskytované v komunitě. (www.trass.cz)

Tyto projekty byly poměrně úspěšné, když se podíváme na hodnocení jednotlivých oblastí, která jsou uvedena v přílohách. Viz. Tabulka 3 a Tabulka 4.

V České republice proces deinstitucionalizace znamená především vznik center duševního zdraví. Adam Vojtěch uvedl, že „*služby Center duševního zdraví znamenají revoluční změnu v systému péče o duševně nemocné. Významně zvyšují její kvalitu, protože péče jde nově za pacientem, který se může léčit ve svém domácím prostředí a neztrácí tak kontakt s běžným životem jako dnes, kdy je léčen takzvaně za zdí.*“ (www.mzcr.cz) Cílem Ministerstva zdravotnictví je vytvořit v České republice až 100 center duševního zdraví, které budou rovnoměrně rozloženy po celé území státu. (www.mzcr.cz) Vznikem center duševního zdraví znamená, že lidé nemusí být za každou cenu umístěni do ústavu. Ústavy a léčebny jsou jen pro případ vážného průběhu nemoci. Je zde vidět i podobnost s procesem v Itálii, zejména v dobrovolnosti hospitalizace, osvěty společnosti a obnovování vztahů s místy původu, například v rodině.

2.3. Multidisciplinarita

Multidisciplinarita v ČR vychází ze Strategie reformy psychiatrické péče. Cílem zřízení multidisciplinárních týmů je prevence hospitalizací nebo jejich zkracování a nápomoc k reintegraci do vlastního sociálního prostředí. Účelně se vytváří potřebné programy a zajišťuje se v rámci své spádové oblasti funkční propojování ambulantní, lůžkové a sociální péče u nemocných s ochranným léčením. Kontakt bude navázán i s místně příslušným soudem, Probační a mediační službou a Policií ČR. (www.reformapsychiatrie.cz) Zejména se jedná o spolupráci mezi sociálními a zdravotními službami. Ze zdravotních služeb jde o obory: psychiatrie, klinická psychologie, všeobecná zdravotní sestra se specializací Ošetrovatelská péče v psychiatrii, sexuologie a adiktologie. Spolupráce musí být odůvodněná a cílem musí být zajištění komplexních zdravotních a sociálních služeb. (www.mzcr.cz)

Pro provoz multidisciplinárního týmu je třeba zajistit služby terénní, konzultační, psychiatrické, služby klinického psychologa, zdravotnické sestry pro péči v psychiatrii, služby sexuologické a adiktologické a na závěr služby sociálního pracovníka.

(www.mzcr.cz) Služby sociálního pracovníka jsou následující:

- *mapování a hodnocení individuální sociální situace pacienta/klienta, identifikace jeho potřeb včetně spolupráce s pacientem/klientem při tvorbě individuálního plánu;*
- *monitorace oblastí rizika protektivních faktorů primárně v oblasti zdravotní péče;*
- *sestavuje a realizuje individuální rehabilitační plán (v případě SMI) primárně v oblasti sociální péče;*
- *podpora pacienta/klienta v rozvoji a zachování soběstačnosti, podpora přirozených zdrojů;*
- *role case managera;*
- *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí pacienta/klienta včetně kontaktu s institucemi a potřebnými službami a podpory při řešení jeho finančních, majetkových a jiných obtížných osobních situací;*
- *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím pacienta/klienta.*

(www.mzcr.cz, str. 12)

Výše zmíněné služby jsou pro nás důležité, abychom získali přehled o roli sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu.

3. Organizace pro lidi s duševním onemocněním

Fokus vznikl jako jedna z prvních neziskových organizací v roce 1990. Jejich posláním je podpora lidí s duševním onemocněním. (www.fokus-praha.cz) FOKUS Vysočina Hlinsko je jedno ze středisek organizace FOKUS Vysočina, která pracuje s lidmi s duševním onemocněním. Tuto organizaci a konkrétně středisko jsem si vybral, protože se nachází v místě mého bydliště a měl jsem i tu čest provozovat zde školní praxi. V této kapitole bych chtěl uvést nejprve základní charakteristiku této organizace. Dále metody práce, kterými postupuje při práci s klienty, poté zmíním i nástroje, kterým ale nebude věnována taková pozornost. Nakonec zde bude podkapitola zaměřena na peer konzultanta, který byl pro mě úplnou novinkou při nástupu do praxe. Rovněž je pro klienty s duševním onemocněním, dle mého názoru, důležitou podporou při procházející léčbou.

Následně se budeme touto organizací zabývat i v empirické části. Přesněji zde bude proveden výzkum, a poté evaluace jejich služeb.

3.1. Poslání a cíle komunitního týmu

Posláním komunitního týmu je sociální rehabilitace, tzn. udržení, obnovení nebo získání schopností a dovedností, které jsou důležité pro zapojení uživatelů do běžného života. (Operační manuál komunitního týmu Hlinsko, 2019)

„V rámci sociální rehabilitace je nabídnuta pomoc při jejich zapojování do běžného života. Podpora je poskytována ambulantně i terénně – v domácnostech a v prostředí, kde se běžně pohybují. Součástí služeb jsou i návštěvy během hospitalizace v psychiatrické nemocnici. Služba také zahrnuje podporu při nácviku sociálních dovedností, nabídku volnočasových a vzdělávacích aktivit a zprostředkování návazných služeb.“ (Operační manuál komunitního týmu Hlinsko, 2019)

Podpora je poskytována především osobám z hlineckého regionu. Prioritní cílovou skupinou jsou lidé s onemocněním z okruhu psychóz (schizofrenie a afektivní poruchy). Dále se taky věnují osobám s těžšími neurotickými poruchami a okrajově s poruchou osobnosti. (Operační manuál komunitního týmu Hlinsko, 2019)

Cíle komunitního týmu orientované na uživatele je podpora osob s duševním onemocněním:

- Při rozvíjení a posilování samostatnosti
- Při naplňování vlastních potřeb a cílů
- Ve využívání veřejných míst a služeb
- V iniciativě při využívání volného času
- Ve využívání specializovaných zdravotnických služeb
- Při uplatňování jejich práv a nároků
- Při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou; při kontaktu s komunitou
- Při řešení obtížných nebo krizových situací

(Operační manuál komunitního týmu Hlinsko, 2019)

Cíle komunitního týmu orientované na společnost:

- Kontaktování osob s duševním onemocněním
- Zajištění sociální pomoci osobám s duševním onemocněním
- Prevence sociálně-patologických a jiných nežádoucích jevů (sebevraždy, bezdomovectví, zadluženost, agresivita apod.)
- Ovlivňování postojů veřejnosti vůči osobám s duševním onemocněním
- Spolupráce s úřady, samosprávou
- Spolupráce s dalšími poskytovateli sociálních a zdravotních služeb

(Operační manuál komunitního týmu Hlinsko, 2019)

Zásady Fokusu Vysočina Hlinsko jsou: dobrovolnost, respekt, individualita, směřování k soběstačnosti a asertivita.

Komunitní tým spolupracuje s rodinami uživatelů a dalšími blízkými osobami, se sociálními odbory měst v regionu, s psychiatrickými nemocnicemi, ambulantními

psychiatry, ambulantními psychology, občanskými poradnami, okresní správou sociálního zabezpečení, úřadem práce, zaměstnavateli v regionu, zájmovými spolky a v neposlední řadě s dalšími službami Fokusu, tj. chráněné bydlení, chráněné dílny. Spolupráce je možná pouze se souhlasem uživatele. (Operační manuál komunitního týmu Hlinsko, 2019)

Garantována nabídka činností komunitního týmu Hlinsko sociální rehabilitace je podle zákona o sociálních službách (§ 70, odst. 2):

- 1) Nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začleňování
- 2) Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- 3) Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
- 4) Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

(Operační manuál komunitního týmu Hlinsko, 2019)

3.2. Metody práce s klienty organizace

V této podkapitole zmíním metody práce a nástroje, se kterými FOKUS Vysočina Hlinsko pracuje. Zpočátku zmíním metody práce, které jsou aktivně využívány v organizaci a dá se říct, že jsou stěžejní při práci s klienty. Poté zde zmíním nástroje, se kterými se pracuje. Prvně to bude nástroj GAF, který se v organizaci využívá a hned poté nástroj CAN, který se využíval dříve.

Jedna z nejvíce využívaných metod v organizaci je metodika CARE (Comprehensive Approach to Rehabilitation, v překladu Komplexní přístup k rehabilitaci). Jedná se o zlepšování kvality života lidí, kteří jsou zranitelní v oblasti duševního zdraví i v sociálním kontextu. Pro pomáhající profese se jedná o nástroj k podpoře klientů s cílem dosáhnout kvality života, kterou si klienti sami přejí. Příkladem může být člověk, který si prošel psychózou, tudíž jeho zotavování je zaměřeno na samotné onemocnění a na návrat k „normálnímu životu“, který klient vnímá jako ideální pro sebe i ostatní. (Hollander, Wilken, 2016)

Nedílnou součástí metodiky CARE je také zmapování domén. Domény rozlišujeme na osobní a životní. Mezi osobní domény patří: sebezpečí, zdraví, bezpečí a sociální vztahy. Životní domény jsou složitější, neboť je zde zahrnuto mnoho prostředí. *„Na jedné straně prostupuje veřejnou sféru, prostor sdílený s našimi spoluobčany, včetně ulic, náměstí, obchodů, parků a prostředků veřejné dopravy. Na druhé straně máme místa, kde žijeme a pracujeme. Dále místa, která slouží k učení, tj. školy nebo vzdělávací centra, a místa pro trávení volného času, například sportovní kluby.“* (Hollander, Wilken, 2016, str. 19) Tyto domény slouží ke zjištění přání klienta, od kterých se práce s ním bude odvíjet, staví na jeho silných stránkách a zkušenostech, zároveň je mapování domén součástí osobního profilu klienta, kterou organizace vede. Z výstupů osobního profilu vznikají plány s klientem, případně plány podpory, které tvoří pracovníci. Dalším důležitým dokumentem je plán časných varovných příkladů, který slouží jako krizový plán.

Nyní zkráceně přiblížím tři teoretické rámce, ze kterých metodika CARE vychází. Půjde o zotavení, zaměření na přítomnost a zplnomocňování.

Deeganová (in Hollander, Wilken, 2016, str. 21) charakterizuje zotavení:

- Proces zotavení je z velké části procesem vnitřním
- Nejedná se o přímočarý proces, cesta vedoucí k zotavení je lemována mnoha pády a opětovnými vzestupy
- Klíčem k zotavení je přijetí skutečnosti, že co je pryč, již nelze vrátit
- Přijetí je aktivní proces, který vyžaduje značné osobní úsilí
- Proces zotavení je především procesem učení a zrání
- V aktivní snaze o překonání následků onemocnění mohou být další lidé zapojeni např. v roli partnera či učitele.

Rozdíl mezi vyléčením a zotavením je značný. Zatímco vyléčení implikuje návrat ke stavu před onemocněním, tak zotavení je hledání způsobu, jak se s nemocí a jejími dopady naučit žít. Proces zotavení spočívá ve znovunalezení své identity a životního smyslu. Fáze tohoto procesu jsou stabilizace, reorientace a reintegrace, kdy vlastně od získání kontroly nad situací, hledáme právě již výše zmíněnou identitu a smysl,

až nakonec je dosaženo požadované situace. Pilíře tohoto procesu jsou motivace, dovednosti a znalosti, podpora a identita. (Hollander, Wilken, 2016)

Druhým rámcem je zaměření na přítomnost. „*Přístup založený na přítomnosti je v první řadě fundamentálním postojem. Přítomnost klade na první místo lidskou bytost, nikoliv nemoc nebo problém. Tento základní postoj je založen na následující vizi lidskosti.*“:

- *Každá lidská bytost má právo na normální život*
- *Každá lidská bytost si zaslouží pomoc na své cestě za normálním životem*
- *Každá lidská bytost má hodnotu – dokonce i ta, která je nepříjemná, komplikovaná, trpí poruchou nebo má problémy se zákonem*
- *Každá lidská bytost je zpravidla schopna sama za sebe činit správná rozhodnutí*

(Hollander, Wilken, 2016, str. 38)

Přítomnost je být k druhému k dispozici, jde o vztah založený na blízkosti. Přístup je založen na péči, na hodnotě druhého člověka a podstatou je uznání, ujištění, že na druhém člověku skutečně záleží. (Baart in Hollander, Wilken, 2016)

Posledním rámcem je zplnomocňování. Úlehla (1999) chápe zplnomocňování jako svolení klientovi dělat to, v čem je dobrý, co se mu daří, co dělá jako samozřejmost. Ovšem dle mého názoru je lepší definice od Rappaporta (1984), kdy zplnomocňování je vnímáno jako proces či mechanismus, kterým lidé získávají vládu nad svým životem. Van Regenmortel vnímá zplnomocňování jako proces posilování, kdy se „*jednotlivci vyrovnávají s vlastní situací a prostředím získáváním kontroly, zdokonalováním kritického myšlení a odvahou se zapojit*“ (Van Regenmortel in Hollander, Wilken, 2016, str. 44) Během zplnomocňování by měl být kladen důraz na životní a duševní pohodu, silné stránky a především zdraví. Vhodné je vyvarovat se rizikovým faktorům a individualizaci problémů. (Hollander, Wilken, 2016)

Druhá z užívaných metod je model FACT (Flexible Assertive Community Treatment). Je to systém péče orientovaný na zotavení. Důležité je v první řadě nabízet klientům se závažným duševním onemocněním efektivní a kulturně citlivé intervence, z nichž si sami vyberou službu a typ podpory, která by jim mohla být na cestě zotavení nápomocná. Úkolem je využívat silných stránek klienta, které plynou z jeho osobnosti

a kompetencí, jenž nebyly duševní nemocí zasaženy, za účelem redukovat symptomy nemoci či napravovat deficity. Cílem tedy je „pomoci člověku získat pocit kontroly nad jeho onemocněním a zároveň i pocit smysluplného a konstruktivního zapojení se do komunity.“ (Davidson in Davidson, 2017, str. 96) Profese, které se účastní FACT modelu jsou: peer pracovník, zdravotní sestra, psychiatr a psycholog a specialista na pracovní rehabilitaci. (Veldhuizen, Bähler, 2017) V komunitním týmu Fokusu Vysočina Hlinsko funguje multidisciplinární tým složený ze sociálních pracovníků, peer konzultanta a zdravotní sestry. Klient nemá jen jednoho klíčového pracovníka, ale do spolupráce je zapojen celý tým. Z principu využívají hlavně ranní porady o klientech ve zhoršeném zdravotním stavu, které evidují na tzv. tabuli. U těchto lidí je intenzivnější spolupráce celého týmu.

Standardy FACT modelu vznikly po 2 letech rozhovorů s pomáhajícími pracovníky, lidmi v procesu zotavení, jejich rodinami a manažerů léčebných nebo rehabilitačních programů a jsou založeny na odborné literatuře na téma zotavení. Standardy jsou tedy následující:

- Prvořadý význam participace
- Dostupnost péče a angažování klientů
- Zajištění kontinuity péče
- Vyhodnocování na základě silných stránek
- Individualizované plánování zotavování
- Funkce průvodce zotavováním
- Komunitní mapování, rozvoj a inkluze
- Odhalování a odstraňování překážek v zotavování.

(Davidson, 2017)

První z nástrojů organizace je GAF (Global Assessment of Functioning). Jedná se o hodnotící nástroj používaný pro posouzení sociální i symptomatické stránky klienta. GAF je vyplňován více členy týmu na společném setkání, aby mohlo dojít k propojení více pohledů na situaci klienta. Vyhodnocuje se do 3 měsíců od vstupu do služby, opakuje se min 1x za 6 měsíců. Výsledky měření se zaznamenávají do databáze. (annals-general-psychiatry.biomedcentral.com)

Nástroj CAN (Camberwell Assessment of Need) je dotazníkové šetření, s jehož pomocí lze poměrně systematicky mapovat potřeby a míru uspokojených potřeb ve 22 důležitých životních oblastech v posledním měsíci. Mapování pomocí CAN se provádí podle potřeby, případně v situaci, kdy není jasné, zda uživatel dále potřebuje službu čerpat s ohledem na své cíle a potřeby. CAN je v podstatě velmi efektivní vyšetření, které pomůže udělat si komplexní představu o potřebách uživatele a zaměřit další spolupráci na nenaplněné potřeby. Výhodou je, že se snižuje možnost zcela „prošvihnout“ naléhavou potřebu uživatele. (Slade, Thornicroft, 2020) Toto šetření se v organizaci již nepoužívá.

3.3. PEER konzultant

Peer z angličtiny = vrstevník nebo též člověk se stejnou zkušeností, lze také přeložit jako osoba stejného stavu či jednoduše druh. Takto lze označit osoby se shodnými charakteristikami v některé vybrané oblasti: školské prostředí např. věk (vrstevníci), v rodinné situaci stejný stav např. matky malých dětí atp. V oblasti duševní nemoci označujeme slovem peer osoby se zkušenostmi s duševním onemocněním. Člověk, který se rozhodne stát peer pracovníkem je cenným zdrojem podpory, sdílení a obohacení. Často se peer pracovníci využívají při léčbě závislostí (např. anonymní alkoholici) a v péči o duševní zdraví. Aby se člověk peer pracovníkem stal, musí absolvovat odpovídající školení. Teprve potom může svoji zkušenost s nemocí využívat v pracovní roli. (Foitová a kol., 2016) Práci peer konzultanta je třeba ocenit, jelikož stejně jako lidé s duševním onemocněním prošel procesem léčby, a je ochotný pomáhat druhým, aby se v rámci svých možností těšili z běžného života.

„Peer pracovníci jsou lidé s žitou zkušeností duševního onemocnění, kteří používají tuto zkušenost k podpoře dalších klientů a posilování jejich naděje.“ (Foitová a kol., 2016, str. 8)

Podle směru jejich práce lze dle Foitové (2016) rozlišovat tyto role:

- Peer konzultant – plnohodnotný člen profesionálního týmu ve službách péče o duševní zdraví. V týmu má specifickou roli, kde využívají svoji zkušenost se zotavováním z duševního onemocnění.
- Peer lektor – *„pracovník, který využívá svou zkušenost se službami a se zotavováním při profesní přípravě budoucích pracovníků v oblasti péče o duševní zdraví (lékaři, zdravotní sestry, psychologové, sociální pracovníci...), a při dalším profesním vzdělávání těchto pracovníků. Peer lektor je kvalifikovaný nejen z hlediska své zkušenosti, ale i z hlediska teorie přednášených témat.“* (Foitová, 2016, str. 8)
- Peer poradce – pracovník využívající své zkušenosti se službami a zotavováním v poradenských službách (př. internetová poradna).
- Peer výzkumník – pracovník se zkušeností s duševní nemocí vedoucí vlastní výzkumnou práci nebo na ní spolupracuje s ostatními výzkumníky v podobě partnerství.

Peer podpora je velmi klíčová v přístupu orientovaném na zotavení a v programech vedených peer pracovníky. Peer pracovníci také zakládají svépomocné skupiny, které podle výzkumů jsou velmi efektivní, neboť vedou ke zlepšení psychiatrických symptomů a vedou ke snížení hospitalizací, rozšíření podpůrné soc. sítě, posílení sebevědomí a zlepšení soc. fungování. (Foitová a kol., 2016)

Slade (2013) říká, že vytvoření pracovní pozice v organizaci pro peer konzultanta může přinést čtyři typy výhod.:

1. Vzhledem k vlastní zkušenosti peer konzultanta je důležitou součástí léčení klientů, kdy předává své zkušenosti klientům na cestě k zotavení.
2. Přítomnost „peerů“ v organizaci vzbuzuje mezi ostatními zaměstnanci víru spíše v přirozenou nenásilnou cestu pomoci či léčení než léčbu vynuceným způsobem.
3. Uživatelé služby vidí v peer konzultantovi velkým zdroj naděje a jsou ochotnější se službou jednat, neboť je tam člověk s podobnou zkušeností.

4. Pro systém podpory duševního zdraví mohou být peer konzultanti stěžejním bodem, neboť by to znamenalo méně práce s uživateli a bývalými uživateli služeb na cestě zotavení, jelikož mají zkušenosti s duševní nemocí a s cestou k zotavení.

Co to ale cesta k zotavení je? V podkapitole metody práce jsem již zmínil odbornou definici od Deeganové, ale co cesta k zotavení znamená pro duševně nemocné? V publikaci Cesty k zotavení od Priscilly Ridgway, Diany McDiarmid, Lori Davidson, Julie Bayes a Sarah Ratzlaff (2014) nalezneme definici na základě osobních životních příběhů, tedy na základě jedinců, pro které zotavení znamená:

- Trvalou cestu sebeuzdravování a přerodu
- Znovu získat pozitivní vnímání sám sebe navzdory obtížím spojeným s psychiatrickými symptomy či stavy
- Aktivní řízení svého života a duševního zdraví, tak aby měl člověk pod kontrolou psychiatrické symptomy, vytvořil si zdraví prospěšný způsob života a dostal se celkově do lepší kondice
- Znovu v životě vstupovat i do jiných rolí než jen někoho, kdo využívá služeb v systému péče

Pro hlubší pochopení cesty k zotavení je třeba si přečíst výše zmíněnou publikaci, která obsahuje podrobné kroky na této cestě.

Dá se říct, že cesta k zotavení je krokem vpřed v oblasti péče o duševní zdraví, kdy se už nejedná pouze o stabilizaci příznaků nemoci či zabezpečení a kontrolu jedinců v ústavech.

Empirická část

4. Cíl práce a metodika zpracování

Cílem bakalářské práce je ukázat překážky v běžném životě lidí s duševním onemocněním. S tím jim pomáhají poskytovatelé služeb, organizace FOKUS Vysočina. Poté bude provedena analýza poskytovaných služeb následovaná subjektivní evaluací služeb. Obsaženy budou dva dílčí cíle, jedná se zejména o pohled klientů organizace na danou problematiku, na druhé straně o pohled samotných pracovníků. Pro přehlednost tedy:

- Jaké překážky vnímá ve svém běžném životě klient
- Jaké překážky identifikují pracovníci organizace v běžném životě klienta

Práce hledá odpovědi na tyto **výzkumné otázky**:

1. V jakých oblastech života mají lidé s duševním onemocněním nejčastější obtíže?
2. Jaké bariéry jsou na straně prostředí klienta?
3. Jaké konkrétní služby organizace poskytuje lidem s duševním onemocněním v rámci sociální rehabilitace za účelem odstranit překážku v prostředí klienta?
4. S jakými bariérami se pracovníci organizace setkali na straně klienta v rámci spolupráce?
5. Jakým způsobem organizace reaguje na bariéru na straně klienta v rámci spolupráce?
6. Daří se odstraňovat bariéry v přirozeném prostředí lidí s duševním onemocněním?
7. Daří se odstraňovat bariéry na straně lidí s duševním onemocněním v rámci spolupráce?
8. Kdy nebo za jakých podmínek se lidé s duševním onemocněním stanou klienty organizace?

Transformace výzkumných otázek do tazatelských otázek:

Tabulka 1: Otázky pro pracovníky

VO1: V jakých oblastech života mají lidé s duševním onemocněním nejčastější obtíže?	TO1: V jakých oblastech života mají vaši klienti nejčastější obtíže?
VO2: Jaké bariéry jsou na straně prostředí klienta?	TO2: Vnímáte v jeho prostředí nějaké překážky či omezení?
VO3: Jaké konkrétní služby organizace poskytuje lidem s duševním onemocněním v rámci sociální rehabilitace za účelem odstranit překážku v prostředí klienta?	TO3: Jakými konkrétními službami sociální rehabilitace pomáháte odstranit překážky v prostředí klienta?
VO4: S jakými bariérami se pracovníci organizace setkali na straně klienta v rámci spolupráce?	TO4: S jakými překážkami se setkáváte na straně klienta v rámci spolupráce?
VO5: Jakým způsobem organizace reaguje na bariéru na straně klienta v rámci spolupráce?	TO5: Jak pracujete s klientem, u něhož vidíte překážku v rámci spolupráce?
VO6: Daří se odstraňovat bariéry v přirozeném prostředí lidí s duševním onemocněním?	TO6: Daří se vám odstraňovat překážky v přirozeném prostředí lidí s duševním onemocněním?
VO7: Daří se odstraňovat bariéry na straně lidí s duševním onemocněním v rámci spolupráce?	TO7: Daří se vám odstraňovat překážky na straně klientů s duševním onemocněním v rámci spolupráce?
VO2, VO4: Jaké bariéry jsou na straně prostředí klienta? S jakými bariérami se pracovníci organizace setkali na straně klienta v rámci spolupráce?	TO8: Co byste zlepšil/a na své práci?

Tabulka 2: Otázky pro klienty

<p>VO8: Kdy nebo za jakých podmínek se lidé s duševním onemocněním stanou klienty organizace?</p>	<p>TO1: Jak jste se o organizaci FOKUS Vysočina dozvěděl/a?</p>
<p>VO8: Kdy nebo za jakých podmínek se lidé s duševním onemocněním stanou klienty organizace?</p>	<p>TO2: Jak dlouho spolupracujete s organizací FOKUS Vysočina?</p>
<p>VO1, VO2, VO3: V jakých oblastech života mají lidé s duševním onemocněním nejčastější obtíže? Jaké bariéry jsou na straně prostředí klienta? Jaké konkrétní služby organizace poskytuje lidem s duševním onemocněním v rámci sociální rehabilitace za účelem odstranit překážku v prostředí klienta?</p>	<p>TO3: V jakých oblastech života vám organizace FOKUS Vysočina pomohla nebo pomáhá?</p>
<p>VO6, VO7: Daří se odstraňovat bariéry v přirozeném prostředí lidí s duševním onemocněním? Daří se odstraňovat bariéry na straně lidí s duševním onemocněním v rámci spolupráce?</p>	<p>TO4: Co se u vás změnilo od doby, co jste započal/a spolupráci s FOKUSEM Vysočina?</p>
<p>VO2: Jaké bariéry jsou na straně prostředí klienta?</p>	<p>TO5: Vnímal/a jste před spoluprací s organizací FOKUS Vysočina nějaké překážky či omezení ve svém životě?</p>
<p>VO3: Jaké konkrétní služby organizace poskytuje lidem s duševním onemocněním v rámci sociální rehabilitace za účelem</p>	<p>TO6: Jak vám se zmíněným omezením organizace pomohla?</p>

odstranit překážku v prostředí klienta?	
--	--

Predikce:

Vzhledem k dvěma dílčím cílům byly zformulovány dva předpoklady, které budou ověřovány pomocí polostrukturovaných rozhovorů s pracovníky a klienty organizace.

P1: Klienti vnímají jako překážku ve svém životě stigmatizaci a diskriminaci.

Zdůvodnění: Jsou jim odpírána některá práva z důvodu jejich nemoci. V médiích jsou prezentováni negativně, mnohdy jako nebezpeční.

Způsob ověření predikce: tazatelské otázky pro klienty, konkrétně otázky č. 3, 4 a 5.

P2: Předpokládám, že odpovědi se budou shodovat. Očekávám i profesionálnější odpověď, tj. institucionalizovanost některých klientů.

Zdůvodnění: Během mé osobní praxe v organizaci byla tato témata probírána.

Způsob ověření predikce: tazatelské otázky pro pracovníky, konkrétně otázky č. 1,2 a 4.

Postup a metodika zpracování

Teoretická část bakalářské práce nám umožnila stručný základní vhled do problematiky a jejich různých oblastí. Nicméně výzkumné otázky jsou postaveny čistě na empirické části a odpovědi na ně jsou hledány pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Jedná se tedy o kvalitativní metodu výzkumu, která bude následovaná analýzou a evaluací. Otázky polostrukturovaného rozhovoru byly vykonstruovány mnou samotným.

Předpokládám, že nám je polostrukturovaný rozhovor zcela znám, přesto zde zmíním jeho definici, která nám při nejmenším osvěží paměť. „*Polostrukturovaný rozhovor se vyznačuje tím, že má připraven soubor témat/otázek, který bude jeho předmětem, aniž by bylo předem striktně stanoveno jejich pořadí. Mnohdy může tazatel formulace pokládaných otázek částečně modifikovat, nezbytné ale je, aby byly probrány všechny. Jiné aplikační varianty zase umožňují, aby tazatel případně pokládal doplňující dotazy.*“ (Reichel, 2009, str. 111) Někdy mohou být tematické okruhy celkem přesně předepsány, avšak v dalších mu je ponecháno více volnosti. Tato varianta kvalitativního výzkumu

kombinuje výhody a minimalizuje nevýhody jiných forem rozhovoru, konkrétně volného, nestrukturovaného a strukturovaného. (Reichel, 2009)

4.1. Etika výzkumu

K výzkumu je dobré zmínit jeho etiku. Ústava České republiky svým způsobem upravuje kvalitativní výzkum. Jsou zde formulovány dva principy, konkrétně „svoboda vědeckého bádání a umělecké tvorby je zaručena“ a „každý má právo, aby byla zachována jeho lidská důstojnost, osobní čest, dobrá pověst a chráněno jeho jméno. V sociálních vědách se tyto dva principy dostávají do konfliktu. (Bitrich, 2002) „*Snaha udělat dobrý výzkum může vést k poškození něčí osobnosti, něčího jména nebo může vést k zásahům do jeho soukromí.*“ (Bitrich, 2002, str. 2) Naopak zase snaha ochránit něčí jméno, soukromí či osobnost lidí může badatelům bránit k získání potřebných dat. (Bitrich, 2002)

Kvalitativní výzkum zasahuje do zkoumaného terénu stejně jako do života výzkumníka. Proto „*aby negativní dopady výzkumu byly minimální, vznikají etické kodexy, které se snaží výzkum v sociálních vědách pohlídat.*“ (Bitrich, 2002, str. 1) Etická pravidla tudíž bývají jakési varování, doporučení či upozornění na rozhodnutí, které je třeba udělat. (Bitrich, 2002)

4.2. Charakteristika dotazovaných

Oslovil jsem vedoucí střediska Fokusu Vysočina v Hlinsku, zda by souhlasili s výzkumem v rámci mé bakalářské práce na téma Sociální práce s osobami duševně nemocnými. Vedoucí mi domluvila několik rozhovorů s klienty a také mi umožnila provést rozhovory se všemi pracovníky střediska. Kvalitativní výzkum proběhl bez problémů. Všichni pracovníci byli ochotní a vstřícní a poskytli mi odpovědi na pokládané otázky. Tým šesti pracovníků se skládá ze čtyř sociálních pracovníků, zdravotní sestry a peer konzultanta.

Dotazovaní klienti organizace Fokus Vysočina se střediskem v Hlinsku mi také ochotně poskytli odpovědi. Klientela, jak už je zřejmé z teoretické části, je především z oblasti hlinecka. Věkové rozmezí dvanácti dotazovaných klientů se pohybuje mezi lety 34 až 69. Struktura respondentů se skládá z osmi žen a čtyř mužů, s tím že jich mnoho dlouhodobě spolupracuje s organizací. Nejkratší spolupráce je okolo tří let. Nejčteněji se vyskytující diagnóza u dotazovaných je schizofrenie a bipolární porucha, dalšími jsou úzkosti či obsedantně kompulzivní porucha. Jeden také trpí přeludy o Satanovi. Většina respondentů otázkám zcela rozuměla a uměla pojmenovat své problémy, i jak jim organizace pomáhá. Snad pouze jeden člověk zřejmě nepochopil podstatu služeb, které využívá, a bral ji spíš jako zábavu.

5. Sumarizace rozhovorů

Jelikož se odpovědi rozhovorů častokrát opakovali, bude ideální je shrnout do jedné odpovědi. Nejprve budou zvoleny rozhovory s pracovníky. Jednotlivé rozhovory s pracovníky budou zahrnuty v přílohách. Další částí budou rozhovory s klienty, jejichž odpovědi budou též shrnuty.

5.1. Rozhovory s pracovníky

Rozhovory byly provedeny s pracovníky organizace, pro zopakování se jednalo o čtyři sociální pracovníce, jednu zdravotní sestru a jednoho peer konzultanta.

Rozhovor začal tázací otázkou č. 1, dále jen TO1, TO2 atd. První otázka směřuje k výzkumné otázce č. 1. Pro pochopení, čeho se každá otázka týká, je možné využít transformační tabulky uvedené výše, přesněji str. 49 a 50. To bude platit i u rozhovorů s klienty.

TO1: V jakých oblastech života mají vaši klienti nejčastější obtíže?

Nejvíce to jsou problémy v oblasti vztahů, ať už rodinných, partnerských či kamarádských, dále potíže s jednáním s úřady, lékaři, problémy při zařazení do společnosti. Problémy se vyskytují i v oblasti financí, kdy mnohdy žijí na hranici minima, neschopnost vyrovnat se s nemocí, neschopnost pracovat z důvodu nemoci. Často hledají smysl života.

TO2: Vnímáte v jeho prostředí nějaké překážky či omezení?

Ve většině odpovědí bylo řečeno, že velkou roli hraje rodina, nejčastěji je to nepochopení určitého klienta, někdy ale také rodina nesouhlasí se spoluprací nebo je až nezdravě aktivní. Také mnohdy očekávají, že dotyčný bude jako dřív, tedy jako před tím, než se u něj nemoc projevila. Další omezení je ze strany veřejnosti, konkrétně stigmatizace, kdy je veřejnost vnímá jako nebezpečné, protože jsou tak interpretováni v médiích. Ovšem se můžeme také setkat s diskriminací, například člověk s duševním

onemocněním nezíská zaměstnání právě kvůli své nemoci. Důvodem také může být časové omezení, protože brzy ráno nemusí vstát nebo nevydrží dlouho pracovat. To bývá způsobeno léky, po kterých se člověk cítí unaveně nebo je utlumený. Jako další omezení byly zmíněny nedostatečné návazné služby, dopování klienta několika prášky a dlouhodobá hospitalizace. Jestliže je dlouhodobá hospitalizace spojena s dopováním člověka prášky, může dojít k tzv. institucionalizaci klienta, tedy ztrácí kontakt s realitou. Někdy je zapotřebí přizpůsobit podmínky klientovi, neboť se on sám nedokáže okolí přizpůsobit. Často tak jsou hledány nové podmínky.

TO3: Jakými konkrétními službami sociální rehabilitace pomáháte odstranit či překonat překážky v prostředí klienta?

Je to výchovná a vzdělávací činnost, pomoc při uplatňování práv a zájmů, zprostředkování kontaktů a nácvik dovedností, který vede ke zplnomocnění klienta. Pracují s tzv. recovery systémem, kdy je člověk vychováván tak, aby svoji situaci zvládal sám. Následující je zprostředkování společenského kontaktu, snaží se jim dát najevo, že se za sebe a svou nemoc nemusí stydět. V neposlední řadě mají prostor k ventilaci pocitů a prožitků a z rozhovorů vyplynou jejich potřeby a přání.

Za zmínku stojí určitě práce zdravotní sestry, která edukuje své klienty o jejich diagnóze jako takové. Ještě zde uvedu odpověď peer konzultanta, jehož práce se taktéž liší od sociálních pracovníků: *„Jako peer používám prvky svého osobního příběhu zotavení orientované na konkrétní klientovu situaci. Diagnózou se často lišíme. Vnitřními prožitky a pocity však nikoliv.“*

TO4: S jakými překážkami se setkáváte na straně klienta v rámci spolupráce?

Zpočátku klient nemusí vědět, co to je za službu, proto mu je představena, je mu sdělena náplň práce, co organizace dělá. Někteří klienti služby zneužívají, protože si myslí, že za ně všechno bude dělat pracovník. Další překážka je nedůvěra vůči organizaci, může to být z důvodu dřívější negativní zkušenosti nebo se jednoduše bojí svěřovat. Mnohdy zatajují důležité informace, nejčastěji to bývá, když řeknou jen něco napůl, a to důležité sdělí až déle. Někdy klient nechce pustit své okolí k pracovníkům, například rodinu. Spolupráce je pak obtížnější. Spolupráci brzdí i ztráta motivace, pocit selhání, viní se,

že onemocněl, že to vzdal. Bývá ovlivněn medikací, takže není tak aktivní, nebo mu vyhovuje způsob života, jaký žije.

Zdravotní sestra uvádí, že nejčastější je problém s medikací, jelikož ji klient nechce brát. To může brzdit jeho posun k lepšímu.

Peer konzultant vidí překážku zejména v klientově uzavřenosti a pesimismu. Příčinou toho může být neustále předávání klienta mezi různými psychiatrickými subjekty, kdy si pak jedinec myslí, že je spíš diagnózou než člověkem.

TO5? Jak pracujete s klientem, u něhož vidíte překážku v rámci spolupráce?

Je-li to nový klient, prvně je mu představena služba, posiluje se jeho důvěra k organizaci, vychází se z jeho dřívějších zkušeností a pracuje se s jeho zranitelností. Jindy to může být nauka věcí, doprovody k lékaři, poradenství. Těmito úkony je klient veden ke zplnomocnění. Bývá taktéž motivován a podporován v tom, co se mu daří.

TO6: Daří se vám odstraňovat překážky v přirozeném prostředí lidí s duševním onemocněním?

Z rozhovorů vyplynulo, že se všichni shodli na tom, že úspěch je individuální. Záleží, jestli klient chce. Měl by dodržovat cíl spolupráce, měl by být motivovaný a mělo by to být pro něj důležité. Dobré je, když k tomu funguje rodina. Jestliže jsou v rodině komplikované vztahy, snaží se je pracovníci urovnat. Rodině je i poskytnuta osvěta o duševní nemoci. Podpora a zájem rodiny napomáhá úspěchu. Namísto odstranění překážek jsou spíše hledány alternativní cesty. Pracovníkům se podařila nejen destigmatizace okolí hlinecka, ale i osvěta na úřadech.

Komplikace bývají u osob závislých, nebo v případě, když opora v rodině nefunguje či tam není pochopení. Pokud podpora ze strany rodiny není, často spolupráci sabotují tím, že vyvíjí nátlak na klienta.

TO7: Daří se vám odstraňovat překážky na straně klientů s duševním onemocněním v rámci spolupráce?

Odpověď na tuto otázku byla jednoznačná. Spíše ano. Odůvodněním byla podpora a pomoc ze strany organizace a kontakt a podpora ze strany rodiny. Zásluha byla přiřazena i recovery systému. Za úspěchem může stát i rozšíření týmu o zdravotní sestru a peer konzultanta. Samozřejmě to není jen o organizaci, především je to o klientovi, který musí mít důvěru k pracovníkům. Slovy peer konzultanta: *„Pokud je klient skálopevně „zabejčený“ až neústupný a zkrátka od nás/mě pomoc nevidí/nejde jí naproti, neuděláme s tím bohužel nic.“*

TO8: Co byste navrhoval na zlepšení své práce?

Jedná se o informovanost veřejnosti o organizaci, dále byly jednotlivé odpovědi rozdílné. Zmíněny byly přednášky a kurzy vedoucí k osvětě o dané problematice, zájem organizace o zaměstnance, lepší morální ocenění zaměstnanců ze strany zaměstnavatele, lepší pochopení recovery systému ve středisku organizace a více sdílet klienty v týmu. Nesmím opomenout rozšíření služeb, zejména návazných a intenzivnější spolupráci s obcemi.

Přání některých pracovníků jsou, aby se lidé nebáli oslovit organizaci, a aby si klienti uvědomovali svůj posun při zotavování.

Ani sebereflexe pracovního týmu nechyběla. Příkladem může být následující odpověď: *„Tak u mě by to bylo, abych si nastavila pevnější hranice, jak vůči klientům, tak v pracovní rovině. Abych si nebrala práci domů. Ještě, abych si udržovala celkový přehled, přesněji systém dávek.“*

5.2. Rozhovory s klienty

O1: Jak jste se o organizaci Fokus Vysočina dozvěděl/a?

Uvedena byla léčebna, inzerát pro dobrovolníky v hlineckých novinách, známá dobrovolnice ve Fokusu, psychiatr či psychiatrička, a příbuzný.

O2: Jak dlouho spolupracujete s organizací?

6 klientů spolupracuje s organizací přes 10 let, 3 lidé 3 roky, a po jednom 4, 6 a 7 let.

O3: V jakých oblastech života vám organizace pomohla nebo pomáhá?

Pro většinu klientů je to oblast sociálního kontaktu, mohou to být nové vztahy, zlepšení vztah či pouhý kontakt s lidmi. Pomoc přichází i v oblasti uplatňování práv, nauky dovedností, bydlení, práce. Dále podpora v seberealizaci, zlepšení pocitů a sebevědomí, naplňování přání. Někteří zmínili, že jim pomáhají zvýšit sebevědomí, nachází se mezi svými, kde se všichni tolerují a respektují se. Zdravotní sestra napomáhá v oblasti léků, peer konzultant poskytuje podporu a motivuje je.

O4: Co se u vás změnilo od doby, co jste započal/a spolupráci s organizací?

Klienti zmínili, že porozuměli svému onemocnění, lépe zvládají nemoc, lépe se vnímají. Mají lepší psychický stav, nové přátele. Někteří uvedli, že jsou samostatnější, zlepšily se jim vztahy v rodině, byli začleněni do kolektivu. Fokus jim pomohl v oblasti bydlení, a konkrétně zdravotní sestra jim pomohla vyjednat vyhovující medikaci.

O5: Vnímali/a jste před spoluprací s organizací nějaké překážky či omezení?

Vnímali především stigmatizaci, zlehčování jejich onemocnění, posměšky kvůli nemoci. Někteří byli označeni jako nebezpeční, nemohli dostat bydlení z důvodu jejich onemocnění. Jeden měl špatné pocity, co si o něm myslí okolí a nikdo se s ním nechtěl bavit. Jiní ztratili přátele, přišli o své partnery, přibrali kvůli lékům, nemluvě o velkém množství léků v léčebně. Nebo si odmítali připustit své onemocnění.

Dva lidé z dotázaných sdělili, že omezení nikdy nepocítili.

O6: Jak vám s tím organizace pomohla?

S tím jim organizace pomohla, ať už se jednalo o úpravu medikamentů, aplikace injekce zdravotní sestrou organizace, začlenění do společnosti, získání nových přátel, aktivizace prostřednictvím volnočasových aktivit, podávání žádostí na byt, či o „pouhou“ oporu a podporu, prostor vypovídat se.

6. Výsledná analýza zjištěných dat

V rámci kvalitativního výzkumu jsem uskutečnil celkem 18 rozhovorů, z čehož 6 jich bylo s pracovníky a 12 s klienty organizace. Výzkum byl prováděn od 22. února do 26. února roku 2021, těsně před uzavřením okresů v České republice z důvodu stále zhoršující se coronavirové situace. Navzdory této situaci byli respondenti ochotni se setkat za účelem rozhovoru.

Díličí výzkumné otázky:

1. V jakých oblastech života mají lidé s duševním onemocněním nejčastější obtíže?
2. Jaké bariéry jsou na straně prostředí klienta?
3. Jaké konkrétní služby organizace poskytuje lidem s duševním onemocněním v rámci sociální rehabilitace za účelem odstranit překážku v prostředí klienta?
4. S jakými bariérami se pracovníci organizace setkali na straně klienta v rámci spolupráce?
5. Jakým způsobem organizace reaguje na bariéru na straně klienta v rámci spolupráce?
6. Daří se odstraňovat bariéry v přirozeném prostředí lidí s duševním onemocněním?
7. Daří se odstraňovat bariéry na straně lidí s duševním onemocněním v rámci spolupráce?
8. Kdy nebo za jakých podmínek se lidé s duševním onemocněním stanou klienty organizace?

6.1. V jakých oblastech života mají lidé s duševním onemocněním nejčastější obtíže?

První díličí výzkumná otázka si kladla za úkol zjistit, jaké oblasti života jsou problémové pro osoby s duševním onemocněním.

První z problémových oblastí byl sociální kontakt. Nejčastější problémy se nacházely v rodině, kdy nemuselo dojít k pochopení onemocnění člena rodiny, tudíž zde mohla být nemoc zlehčována, nenachází se zde podpora či pomoc. Mimo rodinu můžeme zmínit pouhý kontakt s lidmi, kdy pro člověka s duševním onemocněním to nemusí být jednoduché. Může cítit strach či obavy, kdyby osoba, s níž vede konverzaci, by zjistila, že je duševně nemocný. Přeci jen z rozhovorů s klienty vyplynulo, že jim organizace pomohla v oblasti kontaktů, získali nové přátele. Z toho lze vyvodit, že byli osamocení. Otázkou zůstává, proč tomu tak je? Dle mého názoru v tom hrají roli stereotypy a předsudky, které bývají živené médii. K tomu se ale dostaneme později.

Následně byly uvedeny potíže s úřady a lékaři, což si myslím, že není nijak překvapující. Domnívám se, že s těmito oblastmi má problém každý z nás, neboť je systém úřadů a lékařů poměrně chaotický. Většinou vás odkážou někam jinam nebo na někoho jiného, jenže vy neznáte cílovou destinaci, kam vás poslali, a tím se to jen komplikuje.

Specifickou oblastí jsou finance. Z klientů nikdo neuvedl, že by v této oblasti měl jakékoliv obtíže, a je to vcelku pochopitelné. Nikdo se nikdy „nechlubí“, že nemá peníze a je v nouzi. Ovšem tuto oblast zohledňují pracovníci střediska v Hlinsku. S financemi je spojeno bydlení a práce. Většina klientů bydlí buď v pečovatelském bytě či bytě městském. Často také bydlí s rodiči.

Práci nemůže vykonávat mnoho klientů z důvodu jejich nemoci. Cítí se po medikamentech unaveně, nebo jsou utlumení. Ti, kteří by mohli a chtěli pracovat, nemají velkou šanci, neboť zaměstnavatelé dají přednost spíše zdravým lidem. Tento fakt přispívá k tomu, že klienti často musejí hledat smysl života a těžko se vyrovnávají se svou nemocí. Avšak morálku a sebevědomí se jim snaží zvedat každý z Fokusu Vysočina. Samotní klienti toto oceňují. Velkou motivaci jim přináší peer konzultant, který využívá svůj příběh k zotavení. Peer je pro ně živým příkladem, že i s duševním onemocněním se dá žít „normální“ život v rámci určitých možností.

6.2. Jaké bariéry jsou na straně prostředí klienta?

Z kvalitativního výzkumu vyplývá, že největší roli hraje v životě klienta rodina. Může být jak velkým přínosem pro podporu k zotavení, tak i omezujícím faktorem. Jak již bylo zmíněno, nemusí chápat onemocnění svého člena rodiny, ale také nemusí ani souhlasit se spolupracováním se sociální službou, kterou je Fokus Vysočina. Tuto spolupráci mohou sabotovat tím, že je vyvíjen tlak na jedince. Je „chlácholen“, že pomoc nepotřebuje, že je zdravý. Sami si nechtějí připustit onemocnění klienta a doufají, že dotyčný bude jako dříve.

Problematika se také vztahuje ke stigmatizaci. Ta může mít velký dopad na život jedince. Zejména osob s duševním onemocněním. Jak jsem již dříve zmínil, předsudky a stereotypy živené médií způsobují vyloučení jistých osob. Ať už to jsou duševně nemocní či jiná skupina lidí. Tito lidé se pak cítí sami. Člověk je tvor společenský a dlouhodobá samota není pro nikoho zdravá. V dnešní době to může pocítit mnoho lidí, když si vezmeme, že dle vládních opatření máme zůstat doma. Ovšem pro takového člověka bez přátel, bez rodiny, to může mít daleko horší následky.

Jako další bariéru lze vnímat diskriminaci. S tou se již někteří klienti setkali. Konkrétně v oblasti bydlení a práce. Příkladem může být neustále prodlužování čekací doby na byt. Domnívám se, že tomuto problému je zcela jasně rozuměno, a proto jej netřeba dále rozebírat. Myslím si, že nemusím rozebírat ani institucionalizaci klienta, ovšem pro připomenutí odkazují na první odstavec podkapitoly s názvem „Deinstitutionalizace“

Nedostatečné návazné služby jsou spíše tématem k evaluaci služeb, která bude následovat po analýze. Nyní se však blíže podíváme na podmínky prostředí. Občas je třeba přizpůsobit podmínky klientovi, neboť se on sám okolí přizpůsobit nedokáže. S těmito podmínkami především pracují sociální pracovníci, kdy pro klienta hledají podmínky nové. V praxi se tomu říká „resilience“. Dle Janebové *„zdůrazňuje „oboustrannou“ schopnost adaptace – jak schopnost adaptace člověka na prostředí, tak schopnost sociálního prostředí vycházet vstříc lidem.“* (Janebová, 2014, str. 105)

6.3. Jaké konkrétní služby organizace poskytuje lidem s duševním onemocněním v rámci sociální rehabilitace za účelem odstranit překážku v prostředí klienta?

Podle zákona o sociálních službách se jedná o tyto níže uvedené:

- a) nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění,*
- b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,*
- c) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,*
- d) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.*

(Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 70 odst. 2)

Důkazem, že tyto činnosti jsou naplňovány, jsou výpovědi pracovníků a klientů získaných z rozhovorů. Těmito činnostmi se snaží jedince osamostatnit, aby nebyl závislý na jiných osobách a zvládal je sám. Klienti si naučených dovedností cení.

Ke zplnomocnění duševně nemocného je využíván recovery systém, kdy je, ve zkratce, člověk vychováván tak, aby svoji situaci zvládal sám.

Důležité je také zmínit, že pouhý sociální kontakt s pracovníkem je pro klienta klíčový, jelikož má prostor k ventilaci pocitů a prožitků a z rozhovorů vyplynou jejich potřeby a přání. Zároveň je plněna potřeba sociálního kontaktu a klient se nemusí cítit osamocený. Je mu dáváno najevo, že na něm záleží, že jeho pocity jsou stejně důležité jako každého jiného člověka.

Tým organizace byl celkem nedávno obohacen zdravotní sestrou, která edukuje své klienty o jejich diagnóze jako takové. Klienti tak mají možnost porozumět svému onemocnění, což může vést k lepšímu zvládnání nemoci. Naučí se, jak se nedostávat do situací, které by mohli být pro ně rizikové a stresující. Taktéž jsou motivováni brát předepsané léky či injekce, které napomáhají zvládnání nemoci. Peer konzultant přispívá ke zvládnání nemoci o něco více, neboť s duševní nemocí má zkušenosti. Jedná se především o psychickou stránku.

6.4. S jakými bariérami se pracovníci organizace setkali na straně klienta v rámci spolupráce?

Byť je služba dle mého názoru nápomocná lidem s duševním onemocněním, v oblasti, kde se nachází, není příliš známá. Lidé, kteří jsou odkázáni na službu například doktorem z léčebny, netuší, co Fokus Vysočina dělá, čím by mu mohla být prospěšná. Sám ze zkušenosti vím, jelikož z Hlinska pocházím, že ani obyvatelé nemají tušení, co Fokus Vysočina vykonává, nebo ani netuší, že tam nějaký Fokus je. Z důvodu neznalosti služby zpočátku často bývá nedůvěra vůči organizaci. Nedůvěra ovšem může pramenit i z dřívější negativní zkušenosti.

Jestliže je klient seznámen s organizací, může se stát, že službu bude zneužívat ve smyslu „pracovník za mě všechno udělá“. Tento problém vede k tomu, že jeho osobní rozvoj dovedností stagnuje. Stále je závislý na druhé osobě, což může být omezující, neboť bude muset čekat, než pracovník bude mít čas, aby mu s určitým nedostatkem pomohl. Čím více člověk umí, tím víc se může cítit svobodněji, má pozitivnější náladu, neboť je nezávislý a je schopen vykonávat spoustu činností sám. Tato psychická pohoda podporuje zvládnání svého onemocnění.

Další překážkou je zatajování informací, které komplikuje práci s klientem, protože podle určitých informací je vytvořen plán spolupráce. Tento plán nebere v úvahu informace, které klient zatajil, a když se zjistí tyto chybějící informace, je třeba plán vytvořit znovu.

Spolupráci brzdí ztráta klientovi motivace, pocit selhání, viní se ze své nemoci a vzdal to. Jiným důvodem může být neochota klienta připustit pracovníky ke svému okolí, rodině, kteří by mohli být ve spolupráci nápomocní. Podle peer konzultanta brzdí spolupráci také klientův pesimismus či jeho uzavřenost.

Jako největší negativum vnímám, když člověku vyhovuje způsob života, kterým žije. S tímto člověkem je velmi obtížná spolupráce a posun ke zlepšení situace či nemoci je téměř nulový.

Zdravotní sestra se nejčastěji setkává s problémem, že klient nechce brát předepsané léky.

6.5. Jakým způsobem organizace reaguje na bariéru na straně klienta v rámci spolupráce?

Z předchozí výzkumné otázky by se dala odpověď vydedukovat, ale přesto ji zde vypíšu. Novému klientovi je služba představena, je posilována jeho důvěra k pracovníkům a organizaci, vychází se z jeho dřívějších zkušeností a je pracováno s jeho zranitelností. Jestliže klient neumí určitou dovednost, tak je s ním trénována. Přesně řečeno jde o nauku dovedností. Pokud klient něčemu nerozumí, je mu poskytnuto poradenství. Klient je zplnomocňován, motivován a podporován v tom, co se mu daří.

6.6. Daří se odstraňovat bariéry v přirozeném prostředí lidí s duševním onemocněním?

Pracovníci střediska v Hlinsku uvedli, že úspěch je individuální. Pomyslná váha je spíše nakloněna na stranu úspěchu. Za úspěchem musí stát dodržování daného cíle ve spolupráci, a motivace klienta. Fungující rodina tomuto úspěchu dle pracovníku také přispívá nemalým podílem. Komplikované vztahy v rodině se snaží pracovníci urovnat, taktéž je rodině poskytnuta osvěta o duševní nemoci.

Jestliže se narazí na nějaké překážky, hledá se spíše alternativní cesta, namísto odstranění překážky. Přesto se pracovníkům podařila nejen destigmatizace okolí hlinecka, ale i osvěta na úřadech.

Bohužel se ve spolupráci objevují i komplikace, které bývají u osob závislých, nebo u osob, kde opora v rodině není nebo je minimální a vyskytuje se tam nepochopení k nemocnému. Někdy členové rodiny sabotují spolupráci tím, že vyvíjí tlak na klienta.

V čem samotní klienti vnímají zlepšení? Přesně to jsou lepší vztahy v rodině, začlenění do společnosti. Zmíněna byla i pomoc v oblasti bydlení, někde i práce. Ocenění bylo vyjádřeno zdravotní sestře, neboť pomohla vyjednat vyhovující medikaci.

6.7. Daří se odstraňovat bariéry na straně lidí s duševním onemocněním v rámci spolupráce?

Stejně jako na straně prostředí, i zde se spíše daří odstraňovat překážky. Nástroj k tomuto úspěchu je podpora a pomoc nejen ze strany organizace, ale i rodiny. Můžeme si všimnout, že rodině je přisuzována velká váha, která stojí za úspěchem. Proto se v textu objevuje tolikrát.

Za další účinný nástroj lze považovat recovery systém. Pro připomenutí, jedná se o zplnomocňování. Opomenuti by neměli být ani zdravotní sestra a peer konzultant.

Ovšem tím nejdůležitějším článkem je klient, který musí mít důvěru k organizaci a musí chtít změnu k lepšímu. Jestliže klient nespolupracuje, nedojde se úspěchu nikdy.

Klienti své zlepšení vnímají především v tom, že porozuměli svému onemocnění, lépe zvládají svoji nemoc, mají lepší psychický stav a našli nové přátele. Někteří také zmínili, že se naučili nové dovednosti, kterých si cení. Příkladem může být ovládání dotykového telefonu. Abych to shrnul, jsou samostatnější.

6.8. Kdy nebo za jakých podmínek se lidé s duševním onemocněním stanou klienty organizace?

Nejčastěji se lidé do organizace dostanou z léčebny, kdy jim je služba většinou doporučena. Dotyčný se pak sám rozhodne, jestli chce službu využít či nikoliv. Někteří se o Fokusu dozvěděli jiným způsobem. Příkladem může být leták. Jiní se zase o organizaci doslechli od známých a příbuzných. Jedna klientka se dočetla o této sociální službě v hlineckých novinách, kde bylo uvedeno, že hledají dobrovolníky. Po nějaké době usoudila, že je to vhodné i pro ni, jelikož má diagnostikovanou bipolární poruchu.

Dotázaní klienti spolupracují s Fokusem Vysočina dlouhodobě.

7. Evaluace

Tato sociální služba, poskytující sociální rehabilitaci, je dle mého subjektivního názoru prospěšná. Především jsou splňovány základní činnosti sociální rehabilitace, které vnímají i samotní klienti. Navíc se pokouší o osvětu veřejnosti, a dokonce se to i daří. Bohužel to není v tak velkém měřítku, jak by se nejspíš hodilo, ale jak se říká „i malá jiskra dokáže zažehnout oheň“. Její práce je z velké části pomocí nežli kontrolou, pokud tento rozdíl chápeme podle Úlehly. Ze své zkušenosti musím zmínit, že spolupráce mezi pracovníky s klientem není nikterak nátlaková. Klient není do ničeho nucen a záleží především na jeho rozhodnutí. Během této spolupráce je dotyčný zplnomocňován a v žádném případě se nestává na službě závislý. Především jsou splňovány základní činnosti sociální rehabilitace, které jsou obsaženy v § 70 v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, které vnímají i samotní klienti.

Úplnou novinkou pro mě, při nástupu na praxe, byl peer konzultant. Tehdy jsem nevěděl, jaká je jeho úloha v organizaci. Nyní, po zjištění jeho „poslání“, si myslím, že je cennou posilou týmu, protože má zkušenosti s duševní nemocí, kterou se mu daří zvládat. Je dobrým příkladem a motivací pro ostatní klienty, že i oni mohou žít plnohodnotný život v rámci svých možností. Domnívám se, že peer konzultant je pro budoucí sociální práci s osobami duševně nemocnými klíčovou postavou, která značně může napomoci úspěchu na cestě zotavení z nemoci.

Stejně tak je třeba ocenit multidisciplinaritu týmu, jenž získal posilu v podobě zdravotní sestry. Tato spolupráce oborů dříve neexistovala.

Kdybychom si představili život klientů bez této sociální služby, pravděpodobně by byli zavřeni a nadopováni medikamenty v léčebnách či ústavech. Možná by se z nich stali i tzv. ležáci. Jestliže by se však do institucionálních zařízení nedostali, zřejmě by skončili na ulici. Život na ulici není jednoduchý jak pro „normální“ lidi, tak nemocné. Například duševně nemocný člověk slyšící hlasy ve své hlavě, jak by asi na ulici dopadl? Řekl bych, když vyberu ten nejčernější scénář, že sebevraždou. Pro ostatní lidi na ulici by se jevil jako podivín a možná by v nich vzbuzoval i strach, takže by mu nejspíš nikdo nepomohl.

On sám by byl dost možná zmatený, protože slyšet hlasy a nevidět, že by na vás někdo mluvil, musí být hrozné.

Pro dokreslení a přiblížení situace byla vybrána jedna kazuistika, která se týká klienta, jenž je v sociální službě poměrně novým uživatelem.

Kazuistika

Klientem je pan V, kterému je 53 let. Diagnostikována mu byla schizofrenie a organická porucha mozku (demence), kterou zapříčinila nehoda na kole, když byl opilý. Ve spolupráci s organizací si klient vytyčil cíl „být zdrav“ a zůstat v bytě u matky, aby nemusel do pobytového zařízení.

Popis diagnózy

Schizofrenie dle mého názoru není třeba představovat, neboť její definice je součástí teoretické části. V rychlosti však uvedu definici demence. *„Demenci lze chápat jako získanou poruchu kognitivních funkcí, která je natolik závažná, že má zásadní vliv na další funkce a tím i život pacienta.“* (Pidrman, 2007, str. 9) Charakteristické pro demenci jsou poruchy intelektu, paměti, orientace, abstraktního myšlení, chápání, poruchy pozornosti a motivace, poruchy emotivity, chování, ztráta soběstačnosti, poruchy osobnosti. (Pidrman, 2007) *„Demence lze podle příčiny rozdělit do dvou skupin:*

- 1) *Demence, které mají jako podklad atroficko-degenerativní proces mozku*
- 2) *Demence, symptomatické (sekundární), které mají jako podklad celkové onemocnění, infekce, intoxikace, úrazy, nádory, cévní poruchy, metabolické změny a jiné poruchy postihující mozek“*

(Jiráček, Holmerová, Borzová et al. in Fertaľová, Ondřiová, 2020, str. 10)

Průběh případu

Spolupráce probíhá tak, že je klient doprovázen na jednání s úřady a lékaři. Sociální pracovnice mu pomáhá s administrativou, například příspěvek na péči či jednání o omezení svéprávnosti. Zároveň vyjednává s rodinou klienta o možnostech setrvání v bytě, který sdílí s matkou, případně o hledání vhodnějšího typu bydlení. Společně vyhodnotili situaci, že klient není schopen se sám o sebe postarat, neboť není orientován

časem, ani místem. Není schopný si sám něco uvařit, potřebuje doprovod druhé osoby. Z tohoto důvodu bylo s klientem konzultováno podání žádosti do domova se zvláštním režimem. Klient toto odmítá. Sociální pracovnice poskytla čas klientovi, aby zvážil svoji situaci.

Klientův vytyčený cíl „být zdrav“ se nedařilo naplnit. Zhubl 30 kg a špatně mluví. Také se mu zhoršila paměť, důsledkem toho je, že neví, kolik je hodin, jaký je den. Musela se o něj starat jeho matka, která taktéž trpí demencí, navíc má zdravotní potíže. Často padá na zem, což nakonec vedlo ke zlomení obou rukou. Po hospitalizaci musela být matka umístěna v domově seniorů. Klient tak zůstal v bytě sám. Ač se zdálo nemožné, že by mohl samostatně fungovat, podařilo se zajistit návazné služby, které začal využívat. Charitní ošetrovatelská péče mu pomáhala s medikací a nákupy a také začal navštěvovat denní stacionář. Během půl roku se klientův stav výrazně zlepšil. Přibral na váze, zlepšila se jeho řeč i celkové kognitivní schopnosti. Zúčastnil se několika akcí Fokusu. Sociální pracovnice mu byla nadále oporou zejména v nácvicích. Potřeba umístění do nějakého zařízení odpadla.

Téměř rok takto klient fungoval ve svém přirozeném prostředí. Po prodělání onemocnění Covid se bohužel jeho zdravotní stav zhoršil i po psychické stránce a nyní je umístěn v psychiatrické nemocnici.

Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo analyzovat překážky v běžném životě lidí s duševním onemocněním, se kterými jim pomáhají poskytovatelé služeb Fokus Vysočina Hlinsko.

V teoretické části bylo možné získat stručný základní vhled do problematiky a všeho, co s tím souvisí. Jmenovitě jde tedy o sociální práci v oblasti duševního zdraví, psychiatrii, se kterou souvisí i definice nemocí, se kterými pracují pracovníci organizace Fokus Vysočina. Dále tedy šlo o problematiku diskriminace a stigmatizace, s čímž je spojen proces deinstitucionalizace, jenž se snaží tyto jevy zmírnit, případně odstranit. V poslední řadě byla uvedena multidisciplinarita, jakožto důležitá součást poskytování sociálních služeb. Poslední kapitola byla věnována představení organizace Fokus, na kterou pak v podstatě navázala empirická část, neboť byl výzkum prováděn u těchto poskytovatelů služeb.

V empirické části byly prostřednictvím kvalitativního výzkumu zanalyzovány překážky osob s duševním onemocněním. Překážky byly zjišťovány z pohledu klientů a také z pohledu pracovníků. Pohled klientů je důležitý zejména na oblast veřejnosti, která je může nějakým způsobem omezovat, vyčleňovat. Druhý pohled, pohled pracovníků, je zaměřen na oblast překážek, které může mít samotný klient a zpravidla si je sám nemusí uvědomovat. Dále šlo o to zjistit, zdali překážka není vnímána v rámci nedostatečných návazných služeb, na což by klienti pravděpodobně neznali odpověď. Toto se ukázalo jako dobrý předpoklad, jelikož tato odpověď zazněla.

Je třeba zmínit rozdíl mezi odpověďmi klientů a pracovníků. Jak jsem očekával, pracovníci odpovídali „profesionálně“. Používali termíny a pojmenovávali své služby, které poskytují klientům. Klienti používali hovorový jazyk, zpravidla nepoužívali přesné pojmenování služby, kterou od organizace čerpají. V mnoha ohledech se odpovědi pracovníků a klientů ohledně překážek shodovali. Příkladem může být stigmatizace a diskriminace, kterou jsem zmínil v predikci. Tímto má predikce byla potvrzena.

Jednotlivé analýzy ukázaly překážky jak na straně prostředí klienta, tak na straně samotného klienta, dále poskytované služby a určitou souvislost, která stojí za úspěchem. Tou je dlouhodobá spolupráce, odhodlání a motivace klienta, v některých případech také rodina.

Lidé s duševním onemocněním zpočátku svoji nemoc odmítali, nechtěli si ji připustit, když už se tak stalo, stali se klienty organizace Fokus Vysočina se střediskem v Hlinsku. Zde jim pomohli porozumět svému onemocnění. Mnoho klientů je středního věku, také téměř důchodového až důchodového. To s sebou nese i jisté nedostatky spojené s moderní dobou. Jedná se tedy o nauku věcí, které moderní doba vyžaduje. Další pomocí je uplatňování práv v oblasti sociálních dávek, na které mnozí mají nárok, ale nevěděli o tom. Z důvodu onemocnění nemůžou vykonávat některá zaměstnání, čímž je zapříčiněna finanční tíseň. V životě jim bývá velkou podporou rodina, která jim pomáhá ve všech oblastech, pokud k tomu mají prostředky a sílu.

Fokus Vysočina si dobře uvědomuje roli rodiny v životě klienta, a proto se snaží s rodinou vždy spolupracovat. Pokud tato spolupráce není možná z různých důvodů, snaží se hledat alternativní cesty, které je ke spolupráci dovedou. Prostředkem může být osvěta rodiny o duševní nemoci, aby nemocného člena rodiny pochopili, případně urovnali vztahy v rodině aj.

Uspokojujícím zjištěním pro mě bylo, když někteří klienti vyjádřili vděčnost a poděkování organizaci za jejich pomoc. Jsou si vědomi jejich přínosu v cestě za zlepšením jejich života.

Zdroje:

- 1) BARTŮŇKOVÁ, Staša. Stres a jeho mechanismy. Praha: Karolinum, 2010. ISBN 9788024618746.
- 2) BENDA, Jan. Mystika a schizofrenie: mystické zážitky jako předmět klinického zájmu. V Ústí nad Labem: Jan Benda, 2007. ISBN 978-80-254-0367-9.
- 3) ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA. Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3213-8.
- 4) ČEŠKOVÁ, Eva a Hana KUČEROVÁ, SVOBODA, Mojmír, ed. Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-154-9.
- 5) DAVIDSON, Larry, Janis L. SYMANSKI-TONDORA, Martha STAEHELI LAWLESS, Maria O'CONNELL a Michael ROWE. Praktický průvodce praxí orientovanou na zotavení: nástroje transformace péče o duševní zdraví. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice, 2017. ISBN 978-80-906574-0-3.
- 6) DEMINCO, Marcus. Bipolar Affective Disorder - Overview. Clube de Autores, 2019. ISBN 9781791634766.
- 7) DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. Diagnostika a terapie duševních poruch. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 9788024716206.
- 8) FALTOVÁ, Michaela a Tomáš ZUNT. Malý průvodce diskriminační problematikou. Český Krumlov: ICOS Český Krumlov, 2008.
- 9) FERTALOVÁ, Terézia a Iveta ONDRIOVÁ. Demence: nefarmakologické aktivizační postupy. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2479-4.
- 10) FOITOVÁ, Zuzana a kol. Manuál Zapojení PEER konzultantů do komunitní a lůžkové péče o duševní zdraví. 2. vydání. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2016.
- 11) GULATI, Gautam, Mary-Ellen LYNALL, Kate SAUNDERS a P. J. HARRISON. Lecture notes. Eleventh edition. Malden, MA: Wiley Blackwell, 2014. ISBN 978-1-118-37820-5.
- 12) HAYES, Nicky. Základy sociální psychologie. Vyd. 3. Praha: Portál, 2003. ISBN 8071787639.

- 13) HOLLANDER, Dirk den a Jean Pierre Lambert WILKEN. Podpora zotavení a začlenění: úvod do metodiky CARE. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice, 2016. ISBN 978-80-260-9945-1.
- 14) HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA, Jan LIBIGER a kol. Psychiatrie a pedopsychiatrie. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2998-8.
- 15) JANEBOVÁ, Radka. Teorie a metody sociální práce - reflexivní přístup. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. ISBN 978-80-7435-374-1.
- 16) KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. Psychologie: pro studenty zdravotnických oborů. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3600-6.
- 17) KOPECKÁ, Ilona. Psychologie: učebnice pro obor sociální činnost. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-3877-2.
- 18) KUČERA, Dalibor. Moderní psychologie: hlavní obory a témata současné psychologické vědy. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4621-0.
- 19) LÁTALOVÁ, Klára. Bipolární afektivní porucha. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3125-4.
- 20) LUKÁŠ, Karel, Aleš ŽÁK a kol. Chorobné znaky a příznaky: diferenciální diagnostika. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5067-5.
- 21) LÜTZ, Manfred. Kdo je tu vlastně blázen?: zábavný úvod do psychiatrie a psychoterapie. Přeložil Kateřina PREŠLOVÁ. Praha: Portál, 2017. ISBN 978-80-262-1203-4.
- 22) MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 9788024721385.
- 23) MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. Psychiatrická ošetrovatelská péče. Praha: Grada, 2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1151-6.
- 24) MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-x.

- 25) MATOUŠEK, Oldřich. Metody a řízení sociální práce. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-502-8.
- 26) MATOUŠEK, Oldřich. Slovník sociální práce. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368-0
- 27) MLÝNKOVÁ, Jana. Pečovatelství: učebnice pro obor sociální péče – pečovatelská činnost. Praha: Grada, 2010. ISBN 9788024731858.
- 28) OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 9788024751993.
- 29) Operační manuál komunitního týmu, 2019
- 30) PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ a kol. Ošetřovatelství v psychiatrii. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4236-6.
- 31) PIDRMAN, Vladimír. Demence. Praha: Grada, 2007. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1490-5.
- 32) PIERSON, John a Martin THOMAS. Dictionary of social work: The Definitive A to Z of Social Work and Social Care. Glasgow, UK: McGraw Hill, 2010. ISBN 978-0-33-523881-1.
- 33) PREISS, Marek a Hana PŘIKRYLOVÁ KUČEROVÁ. Neuropsychologie v psychiatrii. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1460-4.
- 34) PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly. Praha: Portál, 2014. ISBN 9788026207313.
- 35) PUGNEROVÁ, Michaela a Jana KVINTOVÁ. Přehled poruch psychického vývoje. Praha: Grada, 2016. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5452-9.
- 36) RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. Psychiatrie. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-1985-9.
- 37) RAPPAPORT, Julian, Carolyn F. SWIFT a Robert HESS. Studies in empowerment: steps toward understanding and action. New York: Haworth Press, 1984. ISBN 0866562834.
- 38) REICHEL, Jiří. Kapitoly metodologie sociálních výzkumů. Praha: Grada, 2009. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3006-6.
- 39) RIDGWAY, Priscilla, Diane MCDIARMID, Lori DAVIDSON a Julie Bayes SARAH RATZLAFF. Cesty k zotavení. Přeložila Jitka CHARVÁTOVÁ.

- Lawrence, USA: University of Kansas School of Social Welfare, 2014. ISBN 978-1-50317191-6.
- 40) SLADE, Mike a Graham THORNICROFT. Camberwell Assessment of Need. 2. vydání. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University, 2020. ISBN 978-1-911-62335-9.
- 41) SLADE, Mike. 100 ways to support recovery. 2. vydání. London: Rethink Mental Illness, 2013.
- 42) THORNICROFT, Graham. Ti, kterým se vyhýbáme: diskriminace lidí s duševním onemocněním. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2011. ISBN 978-80-260-0302-1.
- 43) TORESINI, Lorenzo a Roberto MEZZINA, ed. Za zdmi: deinstitucionalizace v evropských příkladech dobré praxe. Přeložila Kateřina LINTYMEROVÁ. Praha: Fokus, 2017. Marco Cavallo. ISBN 9788090274105.
- 44) ÚLEHLA, Ivan. Umění pomáhat: učebnice metod sociální praxe. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-85850-69-9.
- 45) VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.
- 46) VELDHUIZEN, J. R. van a Martin BÄHLER. Manuál Flexible ACT [Manual Flexible ACT]. 1. vydání. Přeložila Martina VAVŘINKOVÁ. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, z. s., 2017.
- 47) VLČEK, Jiří, Daniela FIALOVÁ, Magda VYTRŽÍSALOVÁ a kol. Klinická farmacie. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4532-9.
- 48) VYMĚTAL, Jan. Speciální psychoterapie. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2007. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1315-1.
- 49) VÝROST, Jozef a Ivan SLAMĚNÍK. Sociální psychologie. 2., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2008. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1428-8.

Elektronické zdroje:

- 1) AAS, Inge Harald Monrad. Guidelines for rating Global Assessment of Functioning (GAF). Biomedcentrals: Annals of General Psychiatry [online]. Norsko: BioMed Central, 2011 [cit. 2020-11-15]. Dostupné z: <https://annals-general-psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1744-859X-10-2>
- 2) BITRICH, Tomáš. *Kvalitativní výzkum a česká legislativa: Informace nejen o zákoně na ochranu osobních údajů* [online]. 2002 [cit. 2021-02-23]. Dostupné z: http://moodle.fhs.cuni.cz/pluginfile.php/14817/mod_resource/content/0/Bitrich_-_Kvalitativni_vyzkum_a_ceska_legislativa.pdf
- 3) ČERNOSTOVÁ, Dana. Život jako každý jiný [online]. [cit. 2020-11-12]. Dostupné z: http://www.trass.cz/wp-content/uploads/2015/10/Zivot_kraje_obce1.doc
- 4) Fokus Praha: O nás [online]. [cit. 2021-03-16]. Dostupné z: <https://www.fokus-praha.cz/cz/o-nas>
- 5) Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb [online]. [cit. 2020-11-12]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/koncepce-podpory-transformace-pobytovyh-socialnich-sluzeb>
- 6) Metodika Programu podpory nových služeb v oblasti péče poskytované forenzním multidisciplinárním týmem duševního zdraví pro pacienty s nařízeným ochranným léčením [online]. 4. 6. 2020 [cit. 2020-12-25]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/01/Metodika_Programu_podpory_nov%C3%BDch_sluC5%BEeb_v_oblasti_p%C3%A9%C4%8De_FMT_4.6.2020.docx
- 7) O duševním zdraví [online]. [cit. 2021-03-17]. Dostupné z: <https://www.odusevnimzdravi.cz/o-dusevnim-zdravi/>
- 8) Podpora vzniku center duševního zdraví II [online]. 15. 1. 2019 [cit. 2021-03-16]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/ministerstvo-zdravotnictvi-vybralo-dalsich-15-center-dusevniho-zdravi-spustit-by-se-mela-do-cervence-2/>
- 9) Projekty MPSV – TRANSFORMACE [online]. [cit. 2020-11-12]. Dostupné z: <http://www.trass.cz/index.php/projekty-mpsv/#TSS>

- 10) Reforma péče o duševní zdraví: Multidisciplinarita [online]. [cit. 2020-12-25]. Dostupné z: https://www.reformapsychiatrie.cz/clanek/vyzva-k-predkladani-zadosti-o-dotaci-v-ramci-programu-podpory-novych-sluzeb-v-oblasti-pecce-0?term_id=49
- 11) ŠVEŘEPA, Milan. Zpráva o procesu podpory transformace v České republice za rok 2010 [online]. 23. prosince 2010 [cit. 2020-11-12]. Dostupné z: <http://www.trass.cz/wp-content/uploads/2016/02/zprava-o-procesu-podpory-v-CR.pdf>
- 12) Zákon č. 106/2008 Sb., zákon o sociálních službách. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108?text=>
- 13) Zákon č. 198/2009 Sb., zákon o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů (antidiskriminační zákon). Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-198>

Přílohy

Tabulky

Hodnocení jednotlivých oblastí za celé období: I. – VI. sběr (červen 2012 – srpen 2015)
Jednotlivé oblasti života uživatelů byly hodnoceny na pětibodové škále, kde číslo 5 znamená nejvyšší míru možnosti o dané oblasti rozhodovat:

- (1) nerozhoduji, rozhodují to jiní
- (2) vybírám z nabídky, kterou mi umožňuje služba
- (3) domlouvám se s pracovníky služby, kteří se mne ptají na to, co chci a potřebuji
- (4) rozhoduji se sám a pracovníci mi pomáhají toho dosáhnout
- (5) rozhoduji se sám a zajišťuji si to sám nebo s pomocí někoho mimo sociální službu.

V následující tabulce je ke každé sledované oblasti přiřazena hodnota průměrného hodnocení. Data v tabulce ukazují, že v průběhu šesti sběrů (období června 2012 až srpna 2015) došlo ke zvýšení průměrné hodnoty ve všech oblastech. Dále je z tabulky patrné, v kterých oblastech mají klienti větší příležitost k rozhodování (vyšší průměrná hodnota položky) a v jakých oblastech je jejich rozhodování omezeno. Pořadí položek podle příležitosti k vlastnímu rozhodování klienta v VI. sběru ukazuje červené číslo v závorce.

Tabulka 3

Hodnocená oblast	Sběr I. (VI. a VII. 2012) (vážený průměr)	Sběr III. (X. a XI. 2013) (vážený průměr)	Sběr VI. (IV. – VIII. 2015) (vážený průměr)
1. Kde bydlím	1,26	1,62	1,94
2. Jak vypadá moje bydlení	1,92	2,31	2,97
3. Moje léčba	1,39	1,75	2,32
4. Moje životospráva	1,85	2,58	3,14
5. Jak trávím svůj volný čas	2,61	2,83	3,26
6. Kdy, kde a s kým budu o samotě	2,35	2,73	3,16
7. Kdo a kdy vstupuje do mého obydlí	2,26	2,71	2,84

8. Pomoc při péči o sebe	2,66	2,89	3,09
9. Používání mých peněz v každodenním životě	1,84	2,25	2,68
10. Moje plány do budoucna a jejich naplňování	2,04	2,44	2,92
11. Moje právní vztahy	1,53	1,65	1,89

Hodnocení jednotlivých oblastí za VII. – X. sběr (červenec 2016 – prosinec 2019)

Bodování stejné jako na předchozí stránce.

V následující tabulce je ke každé sledované oblasti přiřazena hodnota průměrného hodnocení. Data v tabulce ukazují, že v průběhu čtyř sběrů (období od července 2016 do prosince 2019) došlo ke zvýšení průměrné hodnoty ve všech oblastech. Dále je z tabulky patrné, v kterých oblastech mají klienti větší příležitost k rozhodování (vyšší průměrná hodnota položky) a v jakých oblastech je jejich rozhodování omezeno (nižší hodnota položky).

Tabulka 4

Hodnocená oblast	Sběr VII.	Sběr VIII.	Sběr IX.	Sběr X.
1 “Kde bydlím“	2,26	2,50	2,75	3,19
2 “Jak vypadá moje bydlení“	3,09	3,19	3,35	3,71
3 “Moje léčba	2,76	2,86	3,14	3,50
4 “Moje životospráva“	3,38	3,36	3,40	3,42
5 “Jak trávím svůj volný čas“	3,59	3,71	3,72	4,17
6 “Kdy, kde a s kým budu o samotě“	3,70	3,79	3,90	3,98
7 “Kdo a kdy vstupuje do mého bydlení“	3,69	3,72	3,81	4,08
8 “Pomoc při péči o sebe“	3,72	3,74	3,72	3,88
9 “Používání mých peněz v každodenním životě“	3,31	3,31	3,36	3,33
10 “Moje plány do budoucna a jejich naplňování“	3,48	3,55	3,54	3,73
11 “Moje právní vztahy“	2,44	2,51	2,50	2,90

Rozhovory s pracovníky

Rozhovor se sociálním pracovníkem č. 1

TO1: V jakých oblastech života mají vaši klienti nejčastější obtíže?

Myslím si, že nejčastěji jim dělá problém setkávání se s jinými lidmi. Individuálně, samozřejmě dle zdraví, mají starosti stejně jako my, jen se liší jejich přístup. Například větší stres u doktora.

TO2: Vnímáte v jeho prostředí nějaké překážky či omezení?

Úplně nevnímám. Myslím si, že veřejnost je v dnešní době dobře informovaná o lidech s duševním onemocněním. Výjimkou jsou ale přístupy jednotlivých lidí na veřejnosti vůči nim, kteří v sobě mají zachovány stereotypy, a to bohužel může vést k jejich diskriminaci.

TO3: Jakými konkrétními službami sociální rehabilitace pomáháte odstranit či překonat překážky v prostředí klienta?

Buď je můžeme doprovodit například na úřad či k doktorovi, nebo jim pomůžeme něco zařídit či zajistit, nejčastěji se to týká oblasti sociálních dávek, protože mnohdy nevědí, na co mají nárok.

Klienti často bývají osamocení, proto jim pomáháme zajistit společenský kontakt prostřednictvím různých aktivit, které pořádáme každý týden. Tedy pořádali, jelikož teď nemůžeme kvůli koronaviru. Také klienty učíme novým věcem, které neumí nebo neznají.

TO4: S jakými překážkami se setkáváte na straně klienta v rámci spolupráce?

Když k nám přicházejí noví klienti, tak většinou netuší, co jsme za službu, co děláme, proto jim službu zpočátku představíme a sdělíme naši náplň práce. Jsme tu pro ně, abychom jim pomohli či podpořili v určitých životních problémech.

TO5? Jak pracujete s klientem, u něhož vidíte překážku v rámci spolupráce?

**Otázka nebyla položena, jelikož odpověď vyplynula z rozhovoru. Jedná se o nauku věcí, doprovody a poradenství.*

TO6: Daří se vám odstraňovat překážky v přirozeném prostředí lidí s duševním onemocněním?

To je individuální. Záleží, jestli klient chce. Musí dodržovat cíl spolupráce, měl by být motivovaný a mělo by to být pro něj důležité. Dobré je, když k tomu funguje

rodina. Komplikace bývají u osob závislých, nebo v případě, když opora v rodině nefunguje, není tam pochopení.

***TO6.1: Co překážky ze strany systému či jeho okolí?**

Ty tam ani nevidím. Pokud se daná organizace nezabývá lidmi s duševním onemocněním, tak odkážou na nás. Také spolupracujeme s městem a jinými organizacemi, kde je jakási tolerance v rámci spolupráce.

TO7: Daří se vám odstraňovat překážky na straně klientů s duševním onemocněním v rámci spolupráce?

Nejspíš ano. Služba klientům něco dává, přesněji je to naše podpora a pomoc. Jak sami říkají „*jsme mezi svými*“, funguje mezi nimi vzájemná tolerance.

TO8: Co byste navrhoval na zlepšení své práce?

Přijde mi, že tady v Hlinsku nás lidi moc neznají, a pokud ano, tak nevědí, co vlastně děláme. Za mě tedy lepší informovanost veřejnosti o naší organizaci. A aby se lidé nás nebáli oslovit.

Rozhovor se sociálním pracovníkem č. 2

TO1: V jakých oblastech života mají vaši klienti nejčastější obtíže?

Často to jsou finance, kdy klienti mají dluhy. Zpočátku chtějí doprovázet na jednání, do svých sociálních služeb, k lékařům, na jednání na úřadech, ale postupně se osamostatňují a zvládají to sami. Dál taky vztahy s okolím, a to i intimní. Určitě začlenění do společnosti a také jim chybí emoční a psychická podpora.

TO2: Vnímáte v jeho prostředí nějaké překážky či omezení?

Třeba když rodina nesouhlasí se spoluprací s námi nebo je až příliš aktivní. Nebo, že je veřejnost vnímá jako nebezpečné, protože to bývá uváděno v médiích.

TO3: Jakými konkrétními službami sociální rehabilitace pomáháte odstranit či překonat překážky v prostředí klienta?

Je to výchovná a vzdělávací činnost, pomoc při uplatňování práv a zájmů, zprostředkování kontaktů a nácvik dovedností.

TO4: S jakými překážkami se setkáváte na straně klienta v rámci spolupráce?

Myslí si, že vše za ně bude dělat pracovník, nespolečnost s rodinou a nedůvěra vůči organizaci.

TO5? Jak pracujete s klientem, u něhož vidíte překážku v rámci spolupráce?

Většinou nás neznají, tudíž jim vždycky představíme organizaci, co děláme a podobně.

TO6: Daří se vám odstraňovat překážky v přirozeném prostředí lidí s duševním onemocněním?

Myslím si, že u některých klientů ano.

TO7: Daří se vám odstraňovat překážky na straně klientů s duševním onemocněním v rámci spolupráce?

Ano, myslím si, že ano. Především se to daří, když je kontakt s rodinou.

TO8: Co byste navrhoval na zlepšení své práce?

Určitě informovanost veřejnosti o organizaci, protože i přesto, že tu sídlíme, tak lidi moc nevědí, co děláme nebo vůbec nevědí, že tu jsme. Dobré by také bylo dělat různé přednášky o problematice či kurzy.

Rozhovor se sociálním pracovníkem č. 3

TO1: V jakých oblastech života mají vaši klienti nejčastější obtíže?

Přijde mi, že tápou, jak se zařadit do společnosti. Může to být v důsledku sociální fobie nebo předsudky nemocných vůči zdravým. Bojí se toho, jak je budou vnímat. U těch mladších klientů, zejména v produktivním věku, to může být hledání smyslu života.

TO2: Vnímáte v jeho prostředí nějaké překážky či omezení?

Nepochopení v rodině. Očekávají od nemocného, že později bude jako dřív.

TO3: Jakými konkrétními službami sociální rehabilitace pomáháte odstranit či překonat překážky v prostředí klienta?

Určitě uplatňování práv, nácvik uplatňování práv s úřady, zprostředkování kontaktu a náplň volného času. Taky jim říkáme nebo učíme, přesně nevím, jak to říct, aby se sami za sebe nestyděli.

Tohle děláme myslím dobře, protože někteří klienti si sami dělají volný čas, aby pomohli nebo poradili druhým. Osamostatňují se. Ještě mě napadá, že je vlastně vyslechneme, oni mají prostor k ventilaci pocitů, prožitků. Z rozhovorů vyplynou jejich potřeby a přání.

TO4: S jakými překážkami se setkáváte na straně klienta v rámci spolupráce?

Přijde mi, že někteří vyloženě zneužívají služby. Myslím tím, že za sebe nechají všechno dělat pracovníka. Přitom by to zvládli sami, jsou schopní, ale vidina toho pracovníka, že to může udělat za ně je pro ně pohodlnější. Také občas zatajují informace, neřeknou úplně všechno, třeba jen část. Proto se taky stane, že vy začnete nějaký plán, ale vlastně zbytečně, protože vám to celé dořekne až někdy dýl. Někdy taky klient nechce připustit to svoje okolí k pracovníkům, například rodinu. Ta spolupráce je pak obtížnější.

TO5? Jak pracujete s klientem, u něhož vidíte překážku v rámci spolupráce?

Snažím se o jeho větší samostatnost. Pokud vím, že něco zvládne, nechám ho to udělat samotného. Snažím se tedy o jeho zplnomocňování. Posiluji také jeho důvěru ke mně a organizaci. Pro motivaci občas použiju kazuistiku u rozhovoru, příkladem může být to občasné zatajování informací.

TO6: Daří se vám odstraňovat překážky v přirozeném prostředí lidí s duševním onemocněním?

Jestliže klient připustí kontakt s ostatními členy rodiny, tak ano. Jde nám o urovnání vztahu v rodině, pokud jsou nějak narušené. Než o odstraňování překážek se snažíme spíš hledat cesty bez těch překážek. Snažíme se taky poskytnout osvětu o duševní nemoci, například rodině.

TO7: Daří se vám odstraňovat překážky na straně klientů s duševním onemocněním v rámci spolupráce?

Individuálně. Je to o důvěře klienta. Cílem je někdy tu překážku překonat než odstranit. Spíše to nechávám na klientovi, případně ho podpořím nebo mu pomůžu, když se snaží, ale nedaří se mu to.

TO8: Co byste navrhoval na zlepšení své práce?

Tak u mě by to bylo, abych si nastavila pevnější hranice, jak vůči klientům, tak v pracovní rovině. Abych si nebrala práci domů. Ještě, abych si udržovala celkový přehled, přesněji systém dávek.

Všeobecně mě napadá zájem organizace o zaměstnance, lepší morální ocenění zaměstnanců a péče o ně.

Rozhovor se sociálním pracovníkem č. 4

TO1: V jakých oblastech života mají vaši klienti nejčastější obtíže?

Tak určitě to jsou vztahy, zvládnutí nemoci jako takové, smíření s ní, zvládnání stigmatu, vyrovnat se s tím i v rodině, rodina tu nemoc nechápe, nerozumí ji a myslí si, že bude dotyčný jako dříve před nemocí. V důsledku nemoci ukončí pracovní poměr, protože jej nemůžou dále vykonávat.

TO2: Vnímáte v jeho prostředí nějaké překážky či omezení?

Jak už jsem zmínila, tak stigmatizace a někdy i diskriminace, příkladem může být, že člověka s duševním onemocněním nevezmou do zaměstnání kvůli nemoci. Další je časové omezení. Brzy ráno třeba nevstane nebo nevydrží dlouho pracovat. Většinou to je z důvodu léku, které berou. Cítí se po nich unaveně, chce se jim spát, jsou utlumení. Dál je to třeba nepochopení v rodině, nedostatečné návazné služby. Někdy je zapotřebí přizpůsobení podmínek pro klienta, tím myslím, že klient se někdy nedokáže přizpůsob prostředí, proto je třeba hledat nové vhodné podmínky. Dopování klienta několika prášky je taky problém, o to víc, když je to spojeno s dlouhodobou hospitalizací a klient ztrácí kontakt s realitou. To už hraničí s institucionalizací klienta.

TO3: Jakými konkrétními službami sociální rehabilitace pomáháte odstranit či překonat překážky v prostředí klienta?

Jsou to výchovné a vzdělávací činnosti, to už víš. Snažíme se pracovat s recovery systémem, v podstatě je vychováván tak, aby to zvládl sám. Pomáháme v uplatňování práv, a také nácvik dovedností, který vede k jejich zplnomocňování.

TO4: S jakými překážkami se setkáváte na straně klienta v rámci spolupráce?

Bývá to ztráta motivace, pocit selhání, viní se, že onemocněl, vzdal to. Je ovlivněn medikací, takže není tak aktivní. Klient může mít negativní zkušenosti z dřívějšíka, nedůvěřuje, bojí se svěřovat. Může mu vyhovovat způsob života, jaký žije.

TO5? Jak pracujete s klientem, u něhož vidíte překážku v rámci spolupráce?

Budujeme vztah na důvěře. Snažíme se, aby pochopil, že mu chceme pomoci, a ne ho měnit. Pracujeme na tom, co se mu daří a podporujeme ho v tom. Vycházíme z jeho dřívějších zkušeností, také vycházíme vstříc jeho přáním. Důležité je také zmínit, že pracujeme s jeho zranitelností. Nenutíme ho k ničemu, kam sám nedospěl.

TO6: Daří se vám odstraňovat překážky v přirozeném prostředí lidí s duševním onemocněním?

To je individuální. Velkou roli tu hraje rodina. Kde je podpora a zájem, tam se to daří. Pokud podpora ze strany není, často naši práci sabotují tím, že vyvíjí nátlak na klienta. Co se nám podařilo, je osvěta na úřadech a destigmatizace okolí.

TO7: Daří se vám odstraňovat překážky na straně klientů s duševním onemocněním v rámci spolupráce?

Spíš ano, díky recovery systému. Důležitá je důvěra klienta, jelikož se s ním lépe spolupracuje. Také je naše služba rozšířená o peer konzultanta a zdravotní sestru, což je určitě velký přínos pro naši organizaci a pro naši práci obecně.

TO8: Co byste navrhol na zlepšení své práce?

Asi lepší pochopení recovery systému u nás v organizaci. Vcítit se do kůže klienta, abych lépe chápala situaci. Obecně by bylo dobré rozšíření služeb, zejména návazných, intenzivnější spolupráce s obcemi, osvěta veřejnosti. Chtěla bych také, aby si klienti uvědomovali svůj posun při zotavování, při zvládnání své nemoci. V podstatě jejich zpětnou vazbu.

Rozhovor se zdravotní sestrou

***TO0: Jaký se liší vaše práce od práce sociálních pracovníku?**

Já se zaměřuji především na jejich psychický stav, jaké léky berou, kladu důraz na to, aby spolupracovali s psychiatry. Zároveň je podporuji v braní léků, které jsou pro ně důležité. Samozřejmě jim vždy vysvětluji, proč ten lék berou a co berou. S tím je tedy spojena prevence.

TO1: V jakých oblastech života mají vaši klienti nejčastější obtíže?

Nechuť k práci bych řekla, taky peníze, jelikož jich mají nedostatek a žijí na hraně minima nebo jsou zadlužení. Problémy mívají i v partnerských vztazích.

TO2: Vnímáte v jeho prostředí nějaké překážky či omezení?

Posměšky, stigma ze strany veřejnosti. Ve společnosti je také těžko rozlišitelný mentální a psychický rozdíl lidí s duševním onemocněním.

TO3: Jakými konkrétními službami sociální rehabilitace pomáháte odstranit či překonat překážky v prostředí klienta?

Často to jsou doprovody k lékaři, edukace klientů o jejich diagnóze jako takové a osamostatnění k činnostem.

TO4: S jakými překážkami se setkáváte na straně klienta v rámci spolupráce?

Nejčastější překážkou je problém s medikací, jelikož ji klient nechce brát. Nechce se posouvat.

TO5? Jak pracujete s klientem, u něhož vidíte překážku v rámci spolupráce?

Snažím se ho motivovat. Bez motivace je to hodně těžké.

TO6: Daří se vám odstraňovat překážky v přirozeném prostředí lidí s duševním onemocněním?

Jako zdravotní sestra nemám moc možností setkat se s nějakým problémem v jejich prostředí.

TO7: Daří se vám odstraňovat překážky na straně klientů s duševním onemocněním v rámci spolupráce?

Individuálně ano.

TO8: Co byste navrhoval na zlepšení své práce?

Více sdílet klienty v týmu, větší osvěta o organizaci a všeobecně.

Rozhovor s peer konzultantem

***TO0: Jelikož jsi peer konzultant, zajímalo by mě, jaký je rozdíl ve tvé práci od ostatních?**

Jako peer konzultant jsem blíž pocitům klienta. Dalo by se říct, že jsem něco jako most mezi sociálními pracovníky a klienty. Spíše se zaměřuji na pocitovou rovinu a motivuji klienty, že i oni mohou zvládat svoji nemoc jako já. V rámci určitých hranic by se dalo taky říct, že jsem takový jejich kamarád.

TO1: V jakých oblastech života mají vaši klienti nejčastější obtíže?

Nejčastěji je to sociální oblast, konkrétně vztahy, navazování kamarádských či intimních vztahů. Bývají to i technické věci.

TO2: Vnímáte v jeho prostředí nějaké překážky či omezení?

Častá stigmatizace osob s duševním onemocněním a nepochopení v rodině.

TO3: Jakými konkrétními službami sociální rehabilitace pomáháte odstranit či překonat překážky v prostředí klienta?

Jako peer používám prvky svého osobního příběhu zotavení orientované na konkrétní klientovu situaci. Diagnózou se často lišíme. Vnitřními prožitky a pocity však nikoliv.

TO4: S jakými překážkami se setkáváte na straně klienta v rámci spolupráce?

Překážkou je často klientova uzavřenost a pesimismus. Po letech, kdy si klienta předávali různé psychiatrické subjekty, často nevidí už žádné východisko a největším problémem je v klientovi vybudovat pocit, že je stále člověkem a ne diagnózou, tedy, že může do jisté míry mít stále věci ve svých rukou a je právě na něm, jak se bude dále situace vyvíjet. Já jako peer ho na této cestě podporuji a stojím za ním.

TO5? Jak pracujete s klientem, u něhož vidíte překážku v rámci spolupráce?

Vztah se snažím mít založený na upřímnosti. Pokud je zde něco, co řekněme brání kvalitnější či intenzivnější spolupráci, pobavíme se o tom a zjistíme možnosti řešení. Do všeho se snažím klienta zapojit. S lidmi, se kterými se scházím, jsou sice duševně nemocní, nicméně nejsou nesvéprávní.

TO6: Daří se vám odstraňovat překážky v přirozeném prostředí lidí s duševním onemocněním?

V tomto bodě se mi nejvíce zrcadlí rodinné prostředí klienta. Mojí prací je i práce právě s jeho rodinou. Někdy se stane, že je klient v své nemoci nepochopen. I mně se to kdysi stalo. Těžko zdravému člověkovu vysvětlíte, jak se cítíte např. když máte panické ataky apod. V rodině klienta pak pracuji se svým příběhem zotavení a říkám jim, co třeba mně od rodiny pomohlo a co ne. A hlavně aby neztráceli naději, a že i oni mohou v zotavení klienta sehrát klíčovou roli. Možností je pozvat rodiče či jiné příslušníky rodiny na skupinu zotavení, jež u nás 2x do měsíce probíhá. Zde může dotyčný vidět více lidí s podobnými problémy a může získat i nadhled, jak situaci řešit.

TO7: Daří se vám odstraňovat překážky na straně klientů s duševním onemocněním v rámci spolupráce?

Víceméně ano. Ale každý člověk je jiný. Pokud je klient skálopevně „zabejčený“ až neústupný a zkrátka od nás/mě pomoc nevidí/nejde jí naproti, neuděláme s tím bohužel nic.

TO8: Co byste navrhoval na zlepšení své práce?

Nic zásadního mě nenapadá. Možná větší platová motivace a variabilnější mzda dle výkonu.

Rozhovory s klienty**Paní M., 45 let****TO1: Jak jste se o organizaci Fokus Vysočina dozvěděl/a?**

Vlastně známá dělala ve Fokusu dobrovolnici, tak mi o něm řekla. Mě to zaujalo, že bych mohla být mezi svými.

TO2: Jak dlouho spolupracujete s organizací?

Přesně úplně nevím, je to něco přes 10 let.

TO3: V jakých oblastech života vám organizace pomohla nebo pomáhá?

Pomohla mi sehnat práci, také bydlení a našla jsem si tu přátelé.

TO4: Co se u vás změnilo od doby, co jste započal/a spolupráci s organizací?

Tady mi pomohli porozumět tomu mému duševnímu onemocnění. Když třeba něco nevím, poskytnou mi tady informaci co a jak, nebo mi poradí, co by bylo nejlepší.

TO5: Vnímali/a jste před spoluprací s organizací nějaké překážky či omezení?

Nevěděla jsem, co si počít s duševní nemocí. Ve spolupráci jsem zjistila širší hranice svých možností, že mu žít celkem normální život.

***TO5.1: A ve svém okolí nějaké omezení? Napadá vás něco?**

Jo, v práci. Jeden spolupracovník má různé posměšky na mou osobu, taky říká „*co to je za nemoc, když není vidět*“, tu nemoc zlehčuje.

TO6: Jak vám s tím organizace pomohla?

Tak tady jsem mezi svými, nikdo se mi tu nebude smát, protože o nemoci vědí a ví, že to není žádná sranda. Taky si tu předávám rady, co pomohla každému z nás do života.

Paní Z., 48 let**TO1: Jak jste se o organizaci Fokus Vysočina dozvěděl/a?**

V léčebně jsem dostala nabídku od sociální práce, že by se dal kontaktovat Fokus. Řekli mi, že tam jsou lidé jako já, tak jsem na to kývla, protože bych mohla být mezi svými, kde by mohlo být pochopení. Poté za mnou přijeli.

TO2: Jak dlouho spolupracujete s organizací?

Už je to třetím rokem.

TO3: V jakých oblastech života vám organizace pomohla nebo pomáhá?

Ve vztazích s okolím, najít si přátele, zlepšit vztahy v rodině, protože ty vztahy byly dřív hrozné, neměli jsme se rádi a nemluvili jsme spolu. Teď spolu mluvíme a pořád se to zlepšuje. Taky si udržuji fyzickou. Nesedím jen doma, ale chodím se často projít.

TO4: Co se u vás změnilo od doby, co jste započal/a spolupráci s organizací?

Právě ta komunikace s rodinou, za to jsem strašně vděčná. Hlavně teď mám taky motivaci ty vztahy zlepšit, protože dcera se bude vdávat. Taky jsem zhubla 5 kg a vůbec celkově se cítím lépe.

TO5: Vnímali/a jste před spoluprací s organizací nějaké překážky či omezení?

Ano, jsem plačtivá. Obtížně se mi mluvilo s lidmi, protože jsem se kolikrát rozbrečela kvůli kravině. Teďka to ale zvládám lépe a je to lepší. Byla jsem taky označená jako nebezpečná, ale nechápu proč, jo? Já, která se spíš rozbrečím.

TO6: Jak vám s tím organizace pomohla?

Vím, že s pracovníky můžu svůj problém probrat nebo ho jen sdělit. To mi pomáhá, že se můžu vypovídat. Lépe zvládám i svou nemoc.

Paní D., 62 let

TO1: Jak jste se o organizaci Fokus Vysočina dozvěděl/a?

Já jsem našla v hlineckých novinách, že Fokus shání dobrovolníka, tak jsem se přihlásila. Pomáhala jsem jako dobrovolník a později jsem zjistila, že by to bylo dobrý i pro mě. A jelikož ta možnost tady byla, tak jsem vlastně klientem i dobrovolníkem.

TO2: Jak dlouho spolupracujete s organizací?

Je to snad od doby, co tady v Hlinsku vznikl.

TO3: V jakých oblastech života vám organizace pomohla nebo pomáhá?

Cítím se tam dobře, jsem mezi lidmi a baví mě to tam. Zvyšuje mně to i tělesnou kondici, protože mě tam motivují, hlavně když se pořádají různé volnočasovky, které teď bohužel nejsou.

TO4: Co se u vás změnilo od doby, co jste započal/a spolupráci s organizací?

Lepší kondice, nové kontakty, přátelé, můžu tam sdělit své problémy, a také mě podporují v tom, co můžu zlepšit. Třeba moje aktivity. Já hraju na varhany a ráda maluju. Někdy před covidem mi pomohli udělat výstavu mých obrazů, které jsem mohla i prodat, pokud měl někdo zájem. A po duševní stránce se cítím lépe, jsem více šťastná.

TO5: Vnímál/a jste před spoluprací s organizací nějaké překážky či omezení?

Ne. Nepřišlo mi nikdy, že by mě někdo omezoval.

TO6: Jak vám s tím organizace pomohla?

**Otázka nebyla položena. V návaznosti na pátou otázku neměla smysl.*

Paní B., 68 let

TO1: Jak jste se o organizaci Fokus Vysočina dozvěděl/a?

Dostala jsem doporučení od psychiatričky.

TO2: Jak dlouho spolupracujete s organizací?

4 roky tu jsem.

TO3: V jakých oblastech života vám organizace pomohla nebo pomáhá?

Určitě v oblasti po duševní stránce, v oblasti bydlení. Tenhle byt mi pomohli sehnat. Příspěvková péče, bylo mi řečeno, že na tohle mám nárok, tak mi to pomohli zařídit. Pak hovory, abych mohla volat doktorům. Naučili mě s telefonem.

TO4: Co se u vás změnilo od doby, co jste započal/a spolupráci s organizací?

Cítím velkou změnu po psychické stránce, hodně mi pomohli ohledně léků, které jsem brala. Předtím jsem se necítila úplně dobře, ale po úpravě je to mnohem lepší.

TO5: Vnímál/a jste před spoluprací s organizací nějaké překážky či omezení?

Nemohla jsem dostat byt. Neustále mi to odsouvali kvůli mé nemoci.

TO6: Jak vám s tím organizace pomohla?

Podávání žádostí na byt, zařídit si občanský průkaz z důvodu změny bydliště. S novým bydlením mi také pomohli zajistit elektřinu a všechno s tím spojené. Jsem hrozně spokojená s pracovníky Fokusu.

Pan Š., 34 let

TO1: Jak jste se o organizaci Fokus Vysočina dozvěděl/a?

V léčebně.

***TO1.1: Můžete to rozvést, prosím?**

Dělali se tam takové skupinky, tak se tam o Fokusu mluvilo. Prý se zabývá námi, tak jsem si říkal, že bych mohl být mezi svými, a tak jsem se dobrovolně přihlásil. Měl jsem teda na výběr, jestli v Chotěboři nebo v Hlinsku, ale do Chotěboře se mi nechtělo.

TO2: Jak dlouho spolupracujete s organizací?

Už to je 7 let.

TO3: V jakých oblastech života vám organizace pomohla nebo pomáhá?

Mám sociální kontakt s lidmi, setkávám se s nimi. Naplňují moje přání a podporují mě v jejich realizaci. Mám pozitivnější myšlení, lepší pocity, lepší sebevědomí. A díky nim jdu s dobou. Jak už jsem mluvil o těch přáních a podpoře, tak mě podpořili při koupi nového dotykové mobilu, na kterém mě učili, jak se s ním zachází. Teďka jsem se přidal i na sociální síť. Taky jsem si pořídil nové kolo a mám v plánu si udělat řidičský průkaz.

TO4: Co se u vás změnilo od doby, co jste započal/a spolupráci s organizací?

Celkově zlepšení psychiky, mám nadhled nad životem, tím myslím, že vím, v čem má život smysl a jak mě může udělat šťastným.

TO5: Vnímál/a jste před spoluprací s organizací nějaké překážky či omezení?

Jo, měl jsem špatné pocity, co si o mně myslí okolí a nikdo se se mnou nechtěl bavit.

TO6: Jak vám s tím organizace pomohla?

Víc jsem se začlenil do společnosti, navázal jsem kontakt s novými přáteli, jakože ostatní klienti a dobrovolnice.

Pan J., 39 let

TO1: Jak jste se o organizaci Fokus Vysočina dozvěděl/a?

Od doktorky.

***TO1.1: To vám doporučila sama?**

Ne, já se jí zeptal, jestli nezná nějakou organizaci, která by byla pro mě vhodná, tak mi řekla o Fokusu.

TO2: Jak dlouho spolupracujete s organizací?

Od roku 2008.

TO3: V jakých oblastech života vám organizace pomohla nebo pomáhá?

Mám nové kamarády a výplň času. Je tu zábava.

***TO3.1: Napadá vás ještě něco k otázce?**

Spíš už ne.

***TO3.2: Takže jak jste říkal, že tu máte nové kamarády a výplň času, chápu to správně, že vám pomáhají v oblasti sociálního kontaktu, a že vás aktivně zapojují do různých volnočasových aktivit?**

Jo.

***TO3.3: A třeba v oblasti bydlení nebo práce?**

Ne, nemyslím si. Tady je to spíš o zábavě.

TO4: Co se u vás změnilo od doby, co jste započal/a spolupráci s organizací?

**Otázka nepoložena. Nemělo smysl ji pokládat. Odpověď ale lze nalézt v otázce číslo 6.*

TO5: Vnímali/a jste před spoluprací s organizací nějaké překážky či omezení?

Ne.

***TO5.1: V důsledku nemoci, když to takhle blbě řeknu, také ne?**

Jo, to jo. Takové to škatulkování.

TO6: Jak vám s tím organizace pomohla?

**Otázka položena jinak. Tato se nehodila.*

***TO6.1: Jak vám organizace pomáhá? Co pro vás dělá?**

Přijde mi, že mám lepší psychická stav, lepší náladu. A je tu spousta výletů.

Pan K., 57 let

TO1: Jak jste se o organizaci Fokus Vysočina dozvěděl/a?

Na psychiatrii mi o nich pověděli. Já už je znal dřív, ale nevěděl jsem, co dělají. Nechtěl jsem se ztotožnit s tou skupinou lidí.

TO2: Jak dlouho spolupracujete s organizací?

Přes 3 roky.

TO3: V jakých oblastech života vám organizace pomohla nebo pomáhá?

Hlavně ten sociální kontakt. Já jsem byl docela sám, ani jsem o ten kontakt s ostatními nestál. Teď mi to ani nevádí. Rád si popovídám, zejména s někým na vyšší intelektuální úrovni.

TO4: Co se u vás změnilo od doby, co jste započal/a spolupráci s organizací?

Pochopil jsem tu svou nemoc, zpočátku jsem ani nechtěl připustit, že by to nějaká nemoc byla, jo? Taky mi tu bylo řečeno, že co jsem zažil, není nijak výstřední, což jsem rád, že to tady takhle berou. Integrují mě i do společnosti, abych zapadl.

TO5: Vnímál/a jste před spoluprací s organizací nějaké překážky či omezení?

Jo, vnímal. Vytěšňoval jsem tu svou nemoc, ignoroval jsem určité souvislosti, takže z toho důvodu jsem navštěvoval i nevhodné lékaře, protože jsem se s tím nechtěl smířit.

TO6: Jak vám s tím organizace pomohla?

Nepřímo mi pomáhají. Vždycky z těch schůzek s pracovníky si něco odnesu, udělám si z toho nějaký závěr a použiju to, co se mi hodí, co si myslím, že je pro mě dobrý.

Paní N. 60 let

TO1: Jak jste se o organizaci Fokus Vysočina dozvěděl/a?

Od doktorky jsem dostala kontakt na organizace a já si do Fokusu zavolala. Řekla jsem si, že by to mohlo být pro mě přínosné, když budu s lidmi, které mají podobné zkušenosti.

TO2: Jak dlouho spolupracujete s organizací?

Zhruba 3 roky.

TO3: V jakých oblastech života vám organizace pomohla nebo pomáhá?

Pomáhají mi shánět práci. Mám tu kontakt s jinými lidmi, za to jsem ráda.

TO4: Co se u vás změnilo od doby, co jste započal/a spolupráci s organizací?

Mám lepší psychiku, jsem samostatnější. Když něco potřebuji, tak si sama zavolám. Někdy zavolám i pracovníkům, když se potřebuju v něčem ujistit.

TO5: Vnímál/a jste před spoluprací s organizací nějaké překážky či omezení?

No, ano. Ztratila jsem spoustu přátel kvůli svému onemocnění.

***TO5.1: To je mi líto. Napadá vás ještě něco, co byste chtěla zmínit? Například nějaký problém v rodině, práci nebo něco jiného?**

Nevím, nic mě nenapadá.

TO6: Jak vám s tím organizace pomohla?

Určitě aktivizace. Účastním se volnočasových aktivit, které Fokus pořádá, i když teď nemůže, tak je to docela blbý. Začleňují mě do společnosti a mám oporu v peerovi.

***TO6.1: Jak přesně je peer pro vás oporou?**

No, pomáhá mi získat nadhled nad určitou věcí, motivuje mě k posunu skrze mé zotavování, dává mi větší naději.

Paní H., 58 let

Paní H. je manželkou pana B., proto budou některé odpovědi podobné.

TO1: Jak jste se o organizaci Fokus Vysočina dozvěděl/a?

Od příbuzného.

***TO1.1: A kdybys to to měla přiblížit?**

Řekl mi o organizaci, co dělají a zavedl mě přímo do Fokusu.

TO2: Jak dlouho spolupracujete s organizací?

Asi 10 let.

TO3: V jakých oblastech života vám organizace pomohla nebo pomáhá?

Začlenění do společnosti, nejsem zavřená doma a mám pohyb. Doprovází mě k doktorům, účastním se volnočasových aktivit, které pořádají a podporují mě v tvorbě vlastních věcí. Třeba ráda vyšívám.

TO4: Co se u vás změnilo od doby, co jste započal/a spolupráci s organizací?

S bydlením nám pomohli, už jsme tady 3 roky. Taky mě podporují v pohybu, abych chodila. Dřív jsem tohle nedělala.

TO5: Vnímál/a jste před spoluprací s organizací nějaké překážky či omezení?

Nemohla jsem chodit do práce, kvůli nemoci.

TO6: Jak vám s tím organizace pomohla?

**Otázka položena jinak.*

***TO6.1: Co pro vás Fokus ještě dělá?**

Píchají mi injekce. To dělá zdravotní sestra, abych nemusela pořád chodit k doktorovi. Tohle je mnohem lepší pro mě. Je to rychlejší než čekat někde u doktora.

Jak už jsem říkala, tak mě doprovází k doktorům anebo to poradenství. Když si nejsem něčím jistá, tak mi poradí.

Pan B., 64 let

Pan B. je manžel paní H., proto budou některé odpovědi podobné.

TO1: Jak jste se o organizaci Fokus Vysočina dozvěděl/a?

Od příbuzného. Ten zavedl manželku do Fokusu a později jsem si řekl, že je to dobrý i pro mě, takže jsem je taky začal navštěvovat.

TO2: Jak dlouho spolupracujete s organizací?

Taky 10 let.

TO3: V jakých oblastech života vám organizace pomohla nebo pomáhá?

Začlenění mezi lidi, nejsem zavřený doma. Učí mě s internetem, nebo mi pomáhají při zařizování věcí s úřadem. Občas sem chodí i peer, ten mi je cenou oporou. Zdravotní sestra mě podporuje, hlavně v léčbě nemoci.

TO4: Co se u vás změnilo od doby, co jste započal/a spolupráci s organizací?

S bydlením nám pomohli, tady v pečováku. Nejsme jenom doma, chodíme na ty aktivity. Dřív taky takto služba neexistovala, tak jsme za to rádi, že teď tu je.

TO5: Vnímali/a jste před spoluprací s organizací nějaké překážky či omezení?

Ne to ne. Vždycky se mnou jednali jako se zdravým člověkem.

TO6: Jak vám s tím organizace pomohla?

**Otázka nepoložena. Nebyla zapotřebí.*

Paní S., 43 let

TO1: Jak jste se o organizaci Fokus Vysočina dozvěděl/a?

Dostala jsem doporučení z Brodu v léčebně.

TO2: Jak dlouho spolupracujete s organizací?

Okolo 15let.

TO3: V jakých oblastech života vám organizace pomohla nebo pomáhá?

Podporují mě v seberealizaci, poskytují mi zpětnou vazbu, co se mi daří. Zvedají mi sebevědomí, jsem tu mezi svými. Pomáhají mi s papíry jakože s úřadem.

***TO3.1: Myslíte tím, že vám pomáhají uplatňovat práva, na co máte nárok, tím myslím nějaké sociální dávky?**

Jo, přesně to.

TO4: Co se u vás změnilo od doby, co jste započal/a spolupráci s organizací?

Mám nové kamarády, ale spíš je to díky léčebně. Tam mi dali léky a díky nim jsem se zlepšila. Jsem i zodpovědnější.

Fokus mi pomohl se naučit na počítači. Začleňuje mě do kolektivu skrze volnočasové aktivity. S těma jim občas pomáhám je organizovat.

TO5: Vnímal/a jste před spoluprací s organizací nějaké překážky či omezení?

Vzhled. Přibrala jsem kvůli lékům. Lidé si mě nálepkovali, protože jsem byla v léčebně. Prostě „koukněte, je to blázen, byla v léčebně“. I v rodině to nechápali. Teďka jsem nad věcí, protože vím, že mi to pomáhá. Ono to máme v rodině genetický. Moje máma je taky nemocná, tak jsem ji řekla, ať si to jde zkusit do léčebny, že jí to pomůže a pak mi může něco říkat. Bývalí přítel mi řekl, že by mě klidně chtěl, ale ne, když beru léky.

TO6: Jak vám s tím organizace pomohla?

Mně hodně pomohla ta léčebna. Tady je to fajn, hlavně kvůli tomu, že jsem mezi svými a nikdo se mi tu nebude smát, protože lidi se tu navzájem respektují a tolerují.

Paní Ba., 69 let

TO1: Jak jste se o organizaci Fokus Vysočina dozvěděl/a?

V nemocnici v Havlíčkově Brodě. Tam byla cedule na Fokus, tak jsem je kontaktovala.

TO2: Jak dlouho spolupracujete s organizací?

6 let, no.

TO3: V jakých oblastech života vám organizace pomohla nebo pomáhá?

Ve všech. Se vším mi pomáhají.

***TO3.1: Jasně, ale mohla byste být konkrétnější prosím? Nerad bych tomu blbě porozuměl, přeci jen si pod tím můžu představit cokoliv.**

No, s léky, doktory. Byt mi pomáhají sehnat. A jsem tu mezi lidmi, můžu si s někým popovídat.

***TO3.2: Říkala jste s léky, myslíte tím nějaké úpravy dávkování?**

No, no. Mně předtím léky nevyhovovaly, nebylo mi po nich nejlíp a pořád jsem jen spala. Oni mi pomohli vyjednat menší dávkování, jiné léky, které mi sedí a jsem spokojená.

TO4: Co se u vás změnilo od doby, co jste započal/a spolupráci s organizací?

Svoji nemoc zvládám lépe, lepší vnímání sama sebe, lépe funguju, vychází mi vstříc přáním, nebo mi pomůžou něco obstarat. Hlavně mě podporují ve zlepšování. Dneska jsem dostala novou kreditní kartu, tak mě naučí, jak s ní zacházet, abych to pak uměla sama.

TO5: Vnímali/a jste před spoluprací s organizací nějaké překážky či omezení?

Ano. To bylo hrozné léčení v léčebně. Dostávala jsem pořád injekce a mně se po tom špatně dýchalo. Tak se mi tam zhoršilo zdraví, co se týče fyzické stránky.

TO6: Jak vám s tím organizace pomohla?

No, pomohli mi upravit ty léky tak, aby mi sedly, a abych nemusela mít injekce. Zpočátku mě doprovázeli k lékařům, ale už si to zařizují sama, no.