

Univerzita Hradec Králové

Ústav sociální práce

Sociální rehabilitace lidí s duševním onemocněním

Bakalářská práce

Autor:	Radmila Mojžíšová
Studijní program:	B6731 Sociální politika a sociální práce
Studijní obor:	Sociální práce K - SPB
Vedoucí práce:	Mgr. Miroslav Kappl, Ph.D.

Zadání bakalářské práce

Autor: Radmila Mojžíšová

Studium: U1565

Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce

Název bakalářské práce: Sociální rehabilitace lidí s duševním onemocněním

Název bakalářské práce AJ: Social Rehabilitation for people with mental illness

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce bude zaměřena na problematiku sociální práce s klienty s duševním onemocněním. V teoretické části budou stručně vymezeny základní pojmy související s diagnózou schizofrenie (typy, charakteristika, projevy). Reforma psychiatrické péče a sociální rehabilitace v kontextu komunitní sociální práce. Konkrétně budou popsány možnosti a postupy v organizaci Fokus Mladá Boleslav z.s. - středisko Nymburk, která převážně pracuje s lidmi s psychotickým onemocněním. V praktické části bude realizován kvalitativní výzkum s cílem zhodnotit možnosti sociální rehabilitace ve Fokusu Mladá Boleslav z.s. - středisko Nymburk.

Gabriela Mahrová, Martina Venglářová a kol. - Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním, Oldřich Matoušek - Metody a řízení sociální práce, Ondřej Pěč a Václava Probstová - Psychózy, psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče, Marie Vágnerová - Psychopatologie pro pomáhající profese, Graham Thornicroft - Ti, kterým se vyhýbáme: Diskriminace lidí s duševním onemocněním, Stanislav Kratochvíl - Základy psychoterapie, MUDr. Jan Stuchlík - Asertivní komunitní léčba case management, Kolektiv autorů - Zapojení peer konzultantů do péče o duševní zdraví

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

Vedoucí práce: Mgr. Miroslav Kappl, Ph.D.

Oponent: Mgr. Jan Hloušek, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 4.12.2014

Prohlášení

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

V Poděbradech dne 20.3.2017

.....

Radmila Mojžíšová

Poděkování

Touto cestou děkuji vedoucímu bakalářské práce Mgr. Miroslavu Kapplovi, Ph.D., za jeho ochotu, cenné rady a lidský přístup.

Abstrakt

MOJŽÍŠOVÁ, Radmila. *Sociální rehabilitace lidí s duševním onemocněním*. Hradec Králové, 2017. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové, Ústav sociální práce.

Vedoucí práce: Mgr. Miroslav Kappl, Ph.D.

Tématem bakalářské práce je sociální rehabilitace lidí s duševním onemocněním. Hlavním cílem mé práce je zjistit možnosti sociální rehabilitace v kontextu komunitní sociální práce s osobami s duševním onemocněním. Teoretická část obsahuje základní terminologická vymezení, charakteristiku cílové skupiny, stručné vymezení komunitní sociální práce s cílovou skupinou a podrobnější popis komunitní sociální práce v organizaci Fokus Mladá Boleslav z.s. – středisko Nymburk, včetně vybraných projektů.

V praktické části je popsán realizovaný kvalitativní výzkum s cílem zhodnotit možnosti sociální rehabilitace ve Fokusu.

Klíčová slova: sociální rehabilitace, duševní onemocnění, reforma, komunitní péče

Abstract

MOJŽÍŠOVÁ, Radmila. *Social rehabilitation for people with mental illness*. Hradec Králové, 2017. Bachelor Degree Thesis. University of Hradec Králové. Leader of the Bachelor Degree Thesis: Mgr. Miroslav Kappl, Ph.D.

The subject of the Bachelor's thesis is the social rehabilitation of people with mental illness. The main objective of my work is to determine the possibilities of social rehabilitation in the context of community social work with persons who suffer mental illness. The theoretical part contains basic terminology, characteristics of the target group, a brief definition of community social work with the target group and detailed description of community social work in the organization Fokus Mladá Boleslav Z.S. - Center Nymburk, including selected projects. The practical part describes a conducted qualitative research with the objective to assess the possibility of social rehabilitation in Fokus.

Keywords: social rehabilitation, mental illness, reform, community care

Obsah

Úvod.....	10
1 Duševní onemocnění - stručná charakteristika	12
1.1 Psychóza.....	12
1.2 Schizofrenie	13
2 Reforma psychiatrické péče v ČR.....	15
2.2 Pilíře SRPP	17
3 Komunitní péče o osoby s duševním onemocněním jako součást reformy	20
3.1 Komunitní péče.....	22
3.2 Komunitní péče o osoby s duševním onemocněním	23
4 Možnosti sociální rehabilitace v organizaci Fokus Mladá Boleslav z.s. – středisko Nymburk	25
4.1 Fokus	25
4.2 Fokus Mladá Boleslav – středisko Nymburk	26
4.2.1 Tým sociální rehabilitace – case management	26
4.2.2 Centrum sociální rehabilitace	28
4.2.3 Sociálně terapeutická dílna	29
4.2.4 Tréninková kavárna.....	30
4.2.5 Podporované zaměstnávání.....	30
4.3 Zapojení peer konzultantů do péče o duševně nemocné	31
4.4 Komplexní vzdělávání rodinných příslušníků duševně nemocných	32
5 Praktická část	33
5.1 Vymezení hlavního cíle a dílčích cílů výzkumu	33
5.2 Transformace dílčích cílů do tazatelských otázek	34
5.3 Metodologie výzkumného šetření	35
5.4 Technika sběru dat.....	35
5.5 Popis výzkumného vzorku.....	36

5.6	Realizace výzkumného šetření	37
6	Interpretace výsledků	38
6.1	Dílčí shrnutí 1	40
6.2	Dílčí shrnutí 2	43
6.3	Dílčí shrnutí 3	47
	Závěr.....	48
	Seznam použité literatury	50
	Seznam tabulek	53
	Seznam příloh.....	54

Seznam zkratek

CDZ – Centra duševního zdraví

CM – Case manager

CSR – Centrum sociální rehabilitace

ČLS JEP – Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

MZČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

NPP – Národní psychiatrický program

PZ – Podporované zaměstnávání

SMI – Severe mental illness

SRPP – Strategie reformy psychiatrické péče

STD – Sociálně terapeutická dílna

Úvod

Psychiatrické diagnózy představují celou řadu onemocnění, které se vyznačují poruchou vyšších mozkových funkcí. Obecně se jedná o poruchy myšlení, vnímání, emocí, intelektu, pudů, paměti, chování (verbálního a nonverbálního), případně osobnosti jako celku. Tyto poruchy se mohou vzájemně kombinovat. Patří sem jak onemocnění nezávažná, která ale mohou velmi znepríjemňovat život, tak závažná, u kterých jsou lidé nebezpečím buď pro sebe samé, nebo pro své okolí. U psychiatrických chorob je velice důležité, zda má dotyčný na své onemocnění náhled.

Snad nejdiskutovanější diagnózou poslední doby je schizofrenie. Ze skupiny psychotických duševních poruch je nejčastější a nejzávažnější. Obraz, který média předkládají společnosti, spíše děsí, než aby došlo k většímu pochopení a porozumění pro lidi s tímto onemocněním. Právě to je i jedním z důvodů, proč jsem si pro svou práci vybrala tuto cílovou skupinu. Moderní léčba je založena především na spolupráci nemocného, jeho rodiny a blízkých a odborníků na duševní zdraví. Lidé s duševním onemocněním se snadno dostávají do společenské izolace. Díky negativnímu vnímání duševní nemoci často dochází ke stigmatizaci. Stigmatizace pak může být i překážkou pro vytváření sociálních vazeb.

Působím jako sociální pracovnice a case manager v terénním týmu sociální rehabilitace v nestátní neziskové organizaci Fokus Mladá Boleslav z.s. – středisko Nymburk. Své poznatky z praxe využívám i v této bakalářské práci.

Lidé se závažným duševním onemocněním potřebují spojení léčebné péče a rehabilitace. Takovéto spojení vyžaduje vytvoření spolupráce mezi zdravotnickým zařízením a poskytovatelem sociální služby. Tato spolupráce pak vyžaduje vytvoření komunitního způsobu poskytování služeb.

Hlavním cílem mé práce je zjistit možnosti sociální rehabilitace v kontextu komunitní sociální práce s osobami s duševním onemocněním. Teoretická část obsahuje základní terminologická vymezení, charakteristiku cílové skupiny, stručné vymezení komunitní sociální práce s cílovou skupinou a podrobnější popis komunitní sociální práce v organizaci Fokus Mladá Boleslav z.s. – středisko Nymburk, včetně vybraných projektů.

V praktické části je popsán realizovaný kvalitativní výzkum s cílem zhodnotit možnosti sociální rehabilitace ve Fokusu Mladá Boleslav z.s. – středisko Nymburk.

1 Duševní onemocnění - stručná charakteristika

Jednotlivé duševní nemoci a skupiny příbuzných nemocí se rozlišují podle Mezinárodní klasifikace nemocí Světové zdravotnické organizace, která je používána v ČR od roku 1994 a podle Diagnostického a statistického manuálu duševních nemocí, který vydává Americká psychiatrická asociace.

F00–F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických

F10–F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek

F20–F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy

F30–F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady)

F40–F48 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy

F50–F59 Syndromy poruch chování spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory

F60–F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých

F70–F79 Mentální retardace

F80–F89 Poruchy psychického vývoje

F90–F98 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání

F99 Neurčená duševní porucha

(Mezinárodní klasifikace nemocí, 2013)

1.1 Psychóza

Psychóza je původem řecké slovo složené ze dvou částí. „Psyché“, které překládáme jako „duše“ a koncovka „-óza“ v medicíně významově používaná pro nemoc. Znamená tedy nemoc duše, duševní nemoc. Psychóza zcela zásadně mění člověku prožívání sebe samého, druhých lidí a celkově světa, ve kterém žije. Reálný svět ustupuje v případě člověka nemocného psychózou do pozadí. Jeho místo nahrazuje svět přeludů a fantazií. (Malina, 2001) Může narušit schopnost rozumět mezilidským interakcím a zhoršit komunikační dovednosti. Vztahovačnost a nedůvěra k druhým vedou k nejistotě proto je velmi důležité znovunabytí sebedůvěry a důvěry v ostatní lidi. (Bankovská-Motlová, 2012). K tomu napomáhá psychiatrická rehabilitace. Psychiatrická rehabilitace je znovuzískání společenské

role v nejvyšší možné míře díky procedurám učení a podpory přirozeného prostředí (Lieberman, 1988). Psychózy rozdělujeme do tří základních skupin. **Organické psychózy** jsou způsobené zjištělným poškozením mozkové tkáně. **Toxické psychózy** jsou způsobené ovlivněním činnosti mozkové tkáně specifickou chemickou sloučeninou (LSD,THC,amfetamin)

a **funkční psychózy**, které neprovází žádné zjištělné a typické poškození nebo ovlivnění činnosti mozkové tkáně. (Doubek, 2008)

Nejzávažnější a nejčastější ze skupiny funkčních psychóz je schizofrenie. Projevuje se výraznou poruchou myšlení, vnímání, citů a chování. Jako onemocnění byla popsána již v období antiky v medicínských textech. (Doubek, 2008)

Lidé s poruchou ze schizofrenního okruhu tvoří cílovou skupinu klientů Fokusu Mladá Boleslav z.s. – středisko Nymburk. Z tohoto důvodu toto onemocnění dále podrobněji popisují.

1.2 Schizofrenie

Mnoho lidí si tuto diagnózu zcela mylně vykládá jako rozštěpení osobnosti. Jedná se však o rozštěpení mezi myšlením, emocemi a chováním. Opět se jedná o slovo řeckého původu. Kdy „schizo“ znamená štěpit a „phren“ rozum a myšlení.(Doubek, 2008) Schizofrenie se objevuje asi u 1-1,5% populace, což je poměrně často (přibližně jeden člověk ze sta). Vyskytuje se stejně často u mužů i žen, rozdílné je pouze období vzniku onemocnění. U mužů to bývá nejčastěji mezi 15 až 25 lety a u žen nejčastěji mezi 25 až 35 lety. Schizofrenie začíná nejčastěji během dospívání a zřídka k jejímu propuknutí dochází náhle a nečekaně. Samotnému onemocnění může předcházet období několika měsíců až let, kdy se tito lidé postupně mění. Příznaky schizofrenie dělíme do tří kategorií. Na příznaky pozitivní, negativní a kognitivní.

Typické **pozitivní** schizofrenní **příznaky** představují jak změnu v kvalitě vnímání (halucinace), tak změny myšlení (bludy). Halucinace se mohou týkat všech smyslů. Nejčastější jsou však sluchové (hlasy). Hlasy mohou k nemocnému hovořit přímo, hovořit o něm anebo komentovat jeho jednání. Velmi nebezpečné jsou hlasy, které nemocnému cosi

přikazují. Bludy jsou poruchou obsahu myšlení. Blud je naprosto nepravdivá, smyšlená, falešná představa, která však dotyčnému připadá pravdivá, a toto mu nelze vyvrátit (pocit pronásledování, přesvědčení o nadpřirozených schopnostech, urozeném původu). **Negativní příznaky** znamenají oslabení nebo ztrátu normálních funkcí. Patří sem postupné snížení až vymizení motivace, ztráta zájmu a nedostatek energie. To vše s sebou přináší problém se zvládnutím základních aktivit včetně hygieny. Často dochází i k ochuzení citového prožívání. Negativní příznaky jsou prozatím hůře léčitelné než příznaky pozitivní. Z kognitivních funkcí bývají nejčastěji postiženy pozornost, paměť a učení. Dochází tak k tzv. **kognitivnímu deficitu**, který způsobuje selhávání v každodenních činnostech. Nemocný se nedokáže soustředit, pochopit informace a dále je zpracovávat a odlišit důležité věci od nedůležitých. Nemocní se závažným kognitivním deficitem tak nejsou schopni vrátit se např. zpět do práce nebo ke studiu. Během psychózy se mohou vyskytnout ještě **afektivní příznaky**, poruchy nálady, pocit beznaděje, zoufalství, pokleslá nálada (**deprese**). Naopak nadměrně veselá nálada, vysoké sebevědomí, nadměrně zvýšená aktivita (**mánie**) nebo pocity neklidu, nejistoty, obav (**úzkost**). (Praško, 2005)

Schizofrenie se dělí na čtyři základní typy. Toto rozdělení je spíše teoretické, protože v praxi se mohou překrývat nebo jedna forma přecházet do druhé. **Paranoidní schizofrenie** je charakteristická nesystematickým bludem s paranoidním obsahem a halucinacemi. Nemocný je podezřívavý, vztahovačný a přesvědčený, že je ohrožen, pronásledován. **Hebefrení schizofrenie** je charakteristická poruchou myšlení, emočního prožívání a v oblasti sociálního chování je nápadný nedostatek zábrán (necitlivost, hrubost, vulgarita). **Katatonní schizofrenie** je typická nápadnostmi v oblasti motorické aktivity. Může jít o nadměrnou a nepřiměřenou pohybovou aktivitu nebo naopak celkové zpomalení či útlum veškeré motorické aktivity. **Simplexní schizofrenie** se může na počátku jevit jako porucha osobnosti s nápadnou leností a sociální nepřizpůsobivostí. Nemocní nerespektují běžné sociální normy. Myšlení se postupně zhoršuje až na úroveň demence. (Vágnerová, 2012)

2 Reforma psychiatrické péče v ČR

Duševní zdraví je nedílnou součástí života člověka. Jeho kvalita je ovlivněna několika faktory: kvalitou života, sociálními procesy, kulturním prostředím a samotným přístupem k životu. Stejně tak duševní kondice předurčuje a ovlivňuje všechny aspekty kvality života člověka. Psychiatrická péče v ČR nedoznala od počátku 90. let 20. století žádné zásadní systémové změny a potýká se s dlouhodobou podfinancovaností. Strategie reformy psychiatrické péče (dále jen SRPP) byla tvořena v souladu s evropskými i národními dokumenty revidujícími koncepci psychiatrické péče obecně. Doporučením těchto dokumentů je rozvoj komunitní péče, zvýšení role primární péče a všeobecných nemocnic, transformace psychiatrických nemocnic/léčeben a v neposlední řadě podpora vzdělávání odborných pracovníků. Hlavním záměrem SRPP je naplňovat lidská práva duševně nemocných v nejširším možném výkladu a cílem je dosažení zlepšení kvality života lidí s duševním onemocněním. Tento cíl bude postupně naplňován řadou dalších strategických cílů. (Strategie, 2013)

Na základě rigidnosti stávajícího systému institucionální psychiatrické péče MZČR přistoupilo k iniciaci přípravy této Strategie reformy psychiatrické péče. Současný systém má své těžké místo v materiálně a technicky zastaralých psychiatrických nemocnicích/léčebnách, jejichž dostupnost není v mnoha regionech optimální. Důležitá je i absence služeb v přirozeném prostředí pacienta a nízká míra koordinace jednotlivých složek psychiatrické péče. (Strategie, 2013)

Zlepšení kvality života duševně nemocných prostřednictvím restrukturalizace služeb a sítě zařízení poskytujících péči napříč celou společností je cílem SRPP. V implementaci Strategie se počítá s rozvojem center duševního zdraví jako dalšího pilíře služeb, který rozšiřuje stávající péči, komplexně ji doplňuje a přibližuje ji duševně nemocným. (Strategie, 2013)

2.1 Vývoj strategie reformy psychiatrické péče

Koncepce oboru psychiatrie byla prvně publikována v roce 2000. Úkolem tohoto dokumentu bylo poskytnout podklad pro politická rozhodování, která měla vést k nezbytnému zlepšení systému psychiatrické péče v ČR. Výbor Psychiatrické společnosti ČLS JEP ve spolupráci s regionální kanceláří WHO ČR vyhlásil v roce 2007 „Národní psychiatrický program 2007“ (NPP 2007) na podporu reformy psychiatrické péče v ČR. NPP 2007 vychází ze znalostí podmínek a potřeb duševně nemocných v ČR a zároveň se opírá o důležité dokumenty Světové zdravotnické organizace a Evropské unie, jako jsou například: Výzva evropské ministerské konference WHO v Helsinkách roku 2005, Akční plán duševního zdraví pro Evropu, Zelená kniha Evropské komise, usnesení Evropského parlamentu o zlepšení duševního zdraví obyvatelstva z roku 2006. Zatím však k významnému posunu v poskytování psychiatrické péče nedošlo. (NPP, 2007)

ČR patří k zemím v Evropské unii, které doposud neměly vládní program péče o duševní zdraví. Jako důsledek tohoto faktu je nesystematičnost při zřizování psychiatrických institucí, chybějící nebo nerovnoměrně rozmístěné ambulantní služby, zastaralá struktura lůžkové kapacity a nedostatek zařízení komunitní péče. Ministerstvo zdravotnictví v říjnu roku 2012 vyhlásilo zavádění Reformy psychiatrické péče. Jejím zadavatelem byl ministr Leoš Heger. Reforma byla koordinovaná Strategickou projektovou kanceláří Ministerstva zdravotnictví, v řídicích strukturách byli náměstci ministra či vedoucí odborů. Zástupcem externích expertů byl ředitel Psychiatrické léčebny v Bohnicích Martin Hollý. V roce 2012 proběhl Mezinárodní kongres Světové psychiatrické společnosti a byl spuštěn projekt Psychiatrické společnosti ČLS JEP Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky a zahraničí. Z publikace byly přijaty odborné výstupy a doporučení. V březnu 2013 byla Reforma psychiatrické péče schválena jakožto součást Národního programu reforem 2013. Strategie reformy psychiatrické péče byla vytvářena a následně je stále rozvíjena ministerstvem zdravotnictví, nicméně do procesu tvorby byli přizváni i ostatní klíčoví aktéři, kterých se téma duševního zdraví obecně týká. Pro skutečnou reformu péče o duševní zdraví nepostačuje zapojení pouze resortu zdravotnictví a sociálních věcí, nýbrž i dalších, stejně jako územně samosprávných celků (kraje, obce). Cílem SRPP

je dosažení zlepšení kvality života lidí s duševním onemocněním. Tento cíl bude postupně naplňován řadou dalších strategických cílů. (Strategie, 2013)

Specifické cíle Strategie:

- 1) Zvýšit kvalitu psychiatrické péče systémovou změnou organizace jejího poskytování.
- 2) Omezit stigmatizaci duševně nemocných a oboru psychiatrie obecně.
- 3) Zvýšit spokojenost uživatelů s poskytovanou psychiatrickou péčí.
- 4) Zvýšit efektivitu psychiatrické péče včasnou diagnostikou a identifikací skryté psychiatrické nemoci.
- 5) Zvýšit úspěšnost plnohodnotného začleňování duševně nemocných do společnosti (zejména zlepšením podmínek pro zaměstnanost, vzdělávání a bydlení aj.).
- 6) Zlepšit provázanost zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb.
- 7) Humanizovat psychiatrickou péči. (Strategie, 2013)

2.2 Pilíře SRPP

Strategie reformy psychiatrické péče je postavena na čtyřech pilířích.

Ambulantní péče - psychiatrická ambulance je často místem prvního kontaktu pacienta se specializovaným systémem péče o duševně nemocné. Pracuje jak se samotným pacientem, tak případně s jeho nejbližším rodinným prostředím. Ve většině případů je poskytována subjekty soukromého sektoru na základě smlouvy se zdravotní pojišťovnou.

Psychiatrická oddělení nemocnic – akutní lůžková psychiatrická péče je takový typ péče, který je poskytován bezprostředně po vzniku či zhoršení psychické poruchy vyžadující hospitalizaci osob, které s péčí souhlasí, a též těm, kteří jsou hospitalizováni bez souhlasu (za zákonem stanovených podmínek) (Strategie, 2013)

Psychiatrické léčebny/nemocnice - jsou lůžková zdravotnická zařízení poskytující komplexní psychiatrickou péči pacientům, kteří s péčí souhlasí, a též těm, kteří jsou hospitalizováni bez souhlasu (za zákonem stanovených podmínek). (Strategie, 2013)

Centra duševního zdraví - mezičlánek mezi ambulantní a lůžkovou psychiatrickou péčí. Poslouží prevenci hospitalizací či jejich zkracování a pomohou dlouhodobě hospitalizovaným pacientům znovu se zapojit do běžného života (Zdraví 2020, 2015). Centra duševního zdraví

(dále jen CDZ) jsou novým nízkoprahovým pilířem pro poskytování zdravotně-sociálních služeb. Tímto pilířem se rozšiřuje systém péče v ČR a přibližuje ji tak blíže duševně nemocným. CDZ mají především fungovat samostatně a pokud to bude možné, budou umístěna v běžném občanském prostředí, popřípadě jako součást psychiatrických oddělení nemocnic, psychiatrických nemocnic. Mohou být též provozována jako součást psychiatrických ambulancí. Pouze za předpokladu splnění náležitých akreditačních standard se psychiatrické ambulance mohou v CDZ transformovat. Služby by měly být poskytovány především v přirozeném prostředí klienta a také v zařízení CDZ. Vše by mělo fungovat formou multidisciplinárního týmu. To znamená, že tým je tvořen profesionály různých odborností, kteří spolu velmi úzce spolupracují. Všichni členové týmu pracují ambulantně i v terénu, sdílí klienty, průběžně si předávají důležité informace a většinu svých intervencí provádějí v přirozeném prostředí klientů. (Strategie, 2013) Tým centra duševního zdraví pracuje formou case managementu a poskytuje flexibilní, individualizovanou službu všem potřebným klientům ze spádové oblasti bez čekací doby. V CDZ se propojují zdravotní a sociální služby. Veškerá činnost se řídí platnou legislativou, zejména zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování a zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. (Standard, 2016)

Odborné podkladové materiály ke standardům péče v centrech duševního zdraví popisují poskytované služby v CDZ takto:

A) Mobilní služby

Služby jsou poskytovány prostřednictvím mobilních multidisciplinárních týmů v přirozeném prostředí klientů/pacientů a po vzájemné dohodě také v institucích, kde jsou klienti/pacienti aktuálně za účelem jejich přípravy na propuštění. Mají charakter dlouhodobé péče formou psychiatrické a sociální rehabilitace, může jít o poskytování krizové intervence v domácnosti pacienta se závažným duševním onemocněním - Severe mental illness (dále jen SMI) a také o plánované včasné intervence v případě dosud nedagnostikovaných nebo aktuálně neléčených onemocnění. Ve spolupráci s ambulantními psychiatry se podílí na péči o pacienty se SMI, kteří mají ambulantní ochrannou léčbu. Hlavním cílem mobilních služeb je poskytování péče v přirozeném prostředí pacientů a předcházení stavů, které by vyžadovaly hospitalizaci. Mobilní tým CDZ neplní roli Zdravotnické záchranné služby. Neplánované/krizové mobilní služby jsou dostupné klientům CDZ do 24 hodin, novým v CDZ neregistrovaným klientům do 48 hodin. (Standard, 2016)

B) Denní služby

CDZ provozuje centrum denních aktivit pro SMI pacienty orientované na jejich podporu a sociální rehabilitaci. Denní služby jsou dostupné nejméně 10 hodin denně a zahrnují jak strukturované aktivity, tak prostor pro trávení volného času. Vedle toho CDZ realizuje nebo zajišťuje služby denního stacionáře s psychoterapeutickým programem. (Standard, 2016)

C) Krizové služby

Jejich cílem je podpora při zvládnutí rozvíjející se krize a předcházení hospitalizaci. Intervence jsou poskytovány především v prostředí pacienta, případně v místě CDZ. Krizové služby fungují telefonicky, ambulantně nebo jako příjem na odlehčovací lůžka. (Standard, 2016)

D) Další služby

V rámci CDZ jsou poskytovány služby psychiatrické a klinickopsychologické ambulance. (Standard, 2016)

3 Komunitní péče o osoby s duševním onemocněním jako součást reformy

Slovo *communitas* pochází z latiny a znamená lidské společenství, společnost, obec. Komunitu můžeme v sociální práci vymezit třemi kategoriemi. Definujeme ji buď lokalitou (část města, obec, ulice), skupinou lidí, které spojují společné podmínky, případně může být složena z lidí, které spojuje stejný problém. (Chytil a Mahrová in Mahrová, Venglářová, 2008)

Nejčastěji citovanou definicí **komunitní práce** je u nás definice Novotné a Schimmerlingové, které ji definují jako pomoc lidem v konkrétních životních situacích v určitém územním celku, bez ohledu na to, zda jde o jednotlivce, skupinu nebo celou komunitu. Jejím posláním je podle Řezníčka mobilizace občanské svépomoci v součinnosti s různými formami státních nebo lokálních rozvojových programů. Pro tento druh práce je typické to, že se uskutečňuje ve prospěch většího množství lidí, je k ní potřeba spolupráce s představiteli samosprávné nebo státní politické moci a angažují se v ní občanští aktivisté nebo přímo obyvatelstvo. (Chytil a Mahrová in Mahrová, Venglářová, 2008)

V České Republice se komunitní sociální práce začala rozšiřovat až počátkem devadesátých let. Prvními iniciátory byly především nestátní neziskové organizace. V několika případech byly iniciátory instituce veřejné správy a jen ojediněle se k vyvolání místní změny sdružili podnikatelé. V evropských zemích mají organizace pracující formou komunitní práce dlouholetou tradici. Na rozdíl od ČR mají k její realizaci k dispozici dostatek finančních prostředků i dobrovolníků. (Matoušek, 2008)

Chytil a Mahrová uvádějí, že terminologie je v komunitní práci velmi různorodá a zahrnuje množství aktivit a postupů vycházejících z různých teoretických konceptů. Důležité je, že jednotlivé modely nejsou jednoznačně odděleny, ale spíše se vzájemně překrývají. Pro základní přehled uvádím tabulku podle Popple, kde najdeme modely komunitní práce, strategie práce, role pracovníka, které by měl zastávat v jednotlivých modelech a příklady, kde by bylo možné konkrétní model využít tak, jak ji prezentují Chytil a Mahrová. (Chytil a Mahrová in Mahrová, Venglářová, 2008)

Tabulka 1: Modely komunitní práce

	Strategie	Hlavní role pracovníka	Příklad praxe
Komunitní péče	Kultivace sociálních sítí a dobrovolnických služeb, jejichž cílem je přechod z institucionální do domácí péče	Organizátor laické péče, dobrovolník	Práce se seniory, lidmi s handicapem, dětmi do pěti let
Komunitní organizace	Zlepšení koordinace mezi jednotlivými organizacemi sociálních služeb	Organizátor, koordinátor, manažer	Rady pro dobrovolné služby
Komunitní rozvoj	Pomoc skupinám osvojit si dovednosti a získat důvěru ve zlepšení kvality života, aktivní participace	Zplnomocnitel	Komunitní skupiny, skupiny nájemníků, vlastníků
Komunitní plánování	Analýza sociálních podmínek, stanovování cílů a priorit, uskutečnění a evaluace služeb a programů	Zplnomocnitel	Lokality, ve kterých dochází ke znovuoživení rozvoje
Komunitní vzdělávání	Pokusy o vytvoření bližšího a vyrovnanějšího vztahu mezi komunitou a vzděláváním	Vzdělavatel	Komunitní školy, vzdělávání dospělých
Komunitní akce	Přímé akce na lokální úrovni zaměřené na konflikt	Aktivista	Squaterské hnutí, hnutí za sociální práva
Feministická komunitní práce	Zlepšení podmínek a služeb pro ženy, společné úsilí o změnu nerovných podmínek pro ženy	Aktivista zplnomocnitel	Ženská centra, ženy uprchlíci
Antirasistická komunitní práce	Zakládání a činnost skupin, které podporují potřeby etnických menšin	Aktivista dobrovolník	Rady pro rasovou rovnost, komise pro projekty rasové

3.1 Komunitní péče

Komunitní péčí označujeme nejen péči v místním společenství, ale také služby poskytované obcí. Je zaměřena na potřeby lidí, nikoli na budování institucí. Podle Probstové má komunitní péče znamenat dostupnost služeb, flexibilitu, orientaci na potřeby uživatelů, na jejich kompetenci, uzpůsobení služeb životu klientů, jejich kultuře a v neposlední řadě i uplatnění uživatelů služeb a jejich rodinných příslušníků při konstrukci a kontrole kvality služeb. (Matoušek, 2005)

Podle Říčana není pojem komunitní péče jednoznačně definovaný a podle Thornicrofta uvádí několik běžně rozšířených významů:

- Péče mimo velké instituce
- Profesionální služby poskytované mimo nemocnice
- Péče poskytovaná komunitou
- Normalizace obyčejného života

Všechny tyto významy mají jedno společné: komunitní péče je tu chápána v opozici k péči ve velkých azylových zařízeních.

Uvádí i Thornicroftova kritéria, která by měla komunitní péče splňovat:

- Autonomie (podpora autonomie klienta)
- Kontinuita (mezi službami i v čase)
- Efektivita (konkrétní intervence funguje, tak jak má)
- Dostupnost (v čase a prostoru a přiměřená potřebám – příliš snadná dostupnost může být na úkor spravedlnosti)
- Komplexnost (zahrnuje všechny služby a všechny skupiny pacientů)
- Spravedlnost (spravedlivé rozdělení zdrojů)
- Odpovědnost (vůči pacientům – např. důvěrnost sdělení, vůči společnosti)
- Koordinace (mezi službami – např. při sestavování plánu i dlouhodobě)
- Výkonnost (co nejlepší poměr mezi náklady a výstupy – co nejlevnější a zároveň nejúčinnější služby) (Říčan, 2007)

Pěč uvádí hned několik příkladů, jakým přínosem komunitní péče je. Komunitní péče dotváří komplexnost péče, nabízí alternativy hospitalizace, má preventivní funkci, pozitivně ovlivňuje

kvalitu života, zvyšuje účinnost poskytované zdravotní péče, má destigmatizační vliv, pomáhá ochraňovat lidská práva a důstojnost. (Pěč, Probstová, 2009)

Hlavní cílem komunitní péče je snaha o dosažení co možná největší samostatnosti klientů, aby byli schopni vést plnohodnotný život. Tento pojem je opakem institucionální péče. Komunitní péče je jedním z modelů komunitní práce a zároveň důležitou součástí chystané psychiatrické reformy.

3.2 Komunitní péče o osoby s duševním onemocněním

Důležité je respektování komplexnosti potřeb duševně nemocných v komunitě (souhrn zdravotních a sociálních potřeb). To vyžaduje týmovou práci profesionálů zdravotní a sociální sféry bez nadřazenosti jedné nebo druhé profese. Uživatelé jsou vnímáni jako partneři v procesu péče. Kvalitní péče by měla zároveň zahrnovat prevenci stigmatizace duševně nemocných. (Matoušek, 2005)

Podle Thornicrofta není třeba přímé diskriminace, aby lidé zjistili, že jsou cílem stigmatizace. Lidé s diagnózou duševní poruchy diskriminaci očekávají a bez ohledu na to zda k ní dojde, či ne, může být samo očekávání nesmírně hendikepující. Můžeme tak rozlišit „reálné stigma“ a „pocitované stigma“. (Thornicroft, 2011)

Nejvhodnější zajištění péče o klienty s psychotickým onemocněním je v rámci komunitního přístupu. Důležitou roli hraje pestrá nabídka služeb a jejich vzájemné propojení. Nejedná se pouze o propojení sociálních služeb, ale i oblast sociální a zdravotní. Každý klient využívající komunitní péči není stejný, ale některé potřeby jsou shodné. V první řadě to, že potřebují dlouhodobou, stálou péči a podporu. (Valentová in Mahrová, Venglářová, 2008)

Valentová popisuje pět hlavních oblastí potřebné péče. První je překonání společenské izolace a stigmatizace. Člověk s duševním onemocněním se do společenské izolace dostane snadno. Jeho onemocnění mu často znemožňuje přirozené budování mezilidských vztahů a také může znehodnotit vztahy a vazby již dříve vybudované. Díky negativnímu společenskému obrazu lidí s duševním onemocněním, který naše média podporují, často dochází ke stigmatizaci. To vše souvisí se stereotypy a předsudky, podle kterých určité lidi posuzujeme více či méně, zjednodušeně. Nemocný člověk se pak cítí méněcenný a má tendenci se podceňovat. Další

oblastí je získání a rozvíjení užitečných sociálních dovedností a schopností. Důležitá je cílená rehabilitace prováděná již v podmínkách nemocniční péče, aby byli pacienti co nejlépe připraveni na přechod do původního sociálního prostředí. Využit lze například pracovní terapii, arteterapii, muzikoterapii, kluby, besedy a především různé programy nácviku sociálních dovedností. Třetí důležitou oblastí je chráněné a podporované bydlení pro duševně nemocné. Řada klientů může celkem úspěšně fungovat i za zdi léčebny. Podle zdravotního stavu lze vybrat formu bydlení, kde bude klientovi zajištěna samostatnost podle jeho možností. Proto existují různé formy podpory bydlení. Jsou to domy na půl cesty, chráněné byty, podporované bydlení a sociální byty. Čtvrtou oblastí je chráněná práce. Chráněné dílny poskytují to nejvíce chráněné pracovní místo. Klient se v případě potřeby může kdykoliv obrátit na svého terapeuta. Finanční ohodnocení není nikterak vysoké, ale práce v chráněné dílně může být jedním z krůčků k práci na volném trhu. Poslední oblastí je smysluplné trávení volného času. Ideální je prostředí, které stimuluje, strukturuje a socializuje. Vhodná jsou denní centra, která nabízejí rozmanité programy (Valentová in Mahrová, Venglářová, 2008). Nové modely programů péče o duševní zdraví, např. chráněné bydlení, chráněné zaměstnání a chráněné vzdělávání se osvědčily jako velmi účinná pomoc pro úspěšné zvládnání bytové situace, studia či zaměstnání. Roste i počet vědeckých důkazů o tom, že vysoké procento lidí se závažnými psychiatrickými příznaky může velmi dobře zvládat obvyklé společenské role, což vyvrací myšlenku, že se lidé s psychiatrickým postižením nemohou zotavit. (Ridgway et al., 2014)

4 Možnosti sociální rehabilitace v organizaci Fokus Mladá Boleslav z.s. – středisko Nymburk

Zákon o sociálních službách popisuje sociální rehabilitaci takto: Sociální rehabilitace je soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb. (Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách)

4.1 Fokus

Fokus vznikl v roce 1990 v Praze a poté rozšířil svou činnost do dalších regionů (Mladá Boleslav, Liberec, Ústí nad Labem a Vysočina). Postupně přibývaly další Fokusy, a to v Turnově, Písku, Táboře a Opavě.

Fokus je nestátní nezisková organizace. Prostředky na svou činnost získává ze státních dotací, grantů, sponzorských darů a výnosů některých pracovně - rehabilitačních programů. FOKUS Mladá Boleslav z.s. poskytuje sociální služby dlouhodobě vážně duševně nemocným v regionech Mladoboleslavsko, Nymbursko, Kolínsko a Karlovarsko. Poskytované služby tvoří celek, který bývá označován jako komplexní psychiatrická rehabilitace. Cílem těchto služeb je zvýšení kvality života klientů, zvýšení jejich nezávislosti a snížení potřeby psychiatrické hospitalizace. Veškeré služby jsou poskytovány na základě dobrovolného rozhodnutí klienta. (Fokus Mladá Boleslav, 2016)

V další části mé bakalářské práce se budu podrobněji věnovat možnostem rehabilitace poskytovaných střediskem Nymburk.

4.2 Fokus Mladá Boleslav – středisko Nymburk

Fokus Mladá Boleslav – středisko Nymburk vzniklo v roce 2009 a je složeno z týmu sociální rehabilitace, centra sociální rehabilitace, sociálně terapeutické dílny a tréninkové kavárny Strejda Burger.

4.2.1 Tým sociální rehabilitace – case management

Case management je nejčastěji překládán jako případové vedení. Jeho základními prvky jsou přehled o potřebách a schopnostech klienta, plánování péče (plán obsahuje jasně definované cíle), uskutečňování plánu (za pomoci klienta a jeho sociálního okolí), monitorování a zaznamenávání dosaženého, či naopak nedosaženého pokroku a vyhodnocování práce a výsledků společně se všemi, kteří se na práci s klientem podílejí. Case manager je klíčovou osobou nejen pro klienta, ale pro celý systém poskytované péče. Koordinuje práci týmu, zodpovídá za vytvoření, aktualizaci a provádění plánu péče. Jeho role se může lišit podle různých modelů poskytované péče. Může fungovat jako osoba, která klienty vyhledává a kontaktuje, terapeut či poradce, osoba, která hájí zájmy klienta („obhájce“), zprostředkovatel služeb poskytovaných někým dalším nebo nákupčí služeb potřebných pro konkrétního klienta. Nejčastější je však situace, kdy se tyto role kombinují. (Stuchlík, 2002)

Terénní tým je ve své podstatě nejdůležitější složkou poskytované komunitní péče. Je na počátku všeho dění a každý klient nejprve začíná spolupracovat s pracovníkem tohoto týmu, case managerem (dále jen CM). Posláním této služby je zvýšení nebo udržení žádoucí kvality života klienta, jeho zapojení nebo znovu zapojení do komunity s pomocí přirozených zdrojů komunity, posilování zdravé stránky osobnosti klienta a snaha o zvyšování svobody klienta a jeho osobní odpovědnosti za svůj život.

Podle operačního manuálu pro Tým sociální rehabilitace je pozice CM jasně definována. CM pracuje v Terénním týmu, provází klienta po službách, nabízí klientovi služby, může sám poskytovat služby klientovi, je klientovi přidělen po dohodě v týmu, shromažďuje informace týkající se klienta, má přehled o současné klientově situaci, kontaktuje sociální prostředí klienta, snaží se tento kontakt udržet a zapojit ho do naplňování klientovi zakázky. Vymezeny jsou i služby, které CM poskytuje. Ty zahrnují vstupní rozhovor, jiný rozhovor, tvorbu individuálního plánu, aktualizaci individuálního plánu, vyjednávání s institucemi nebo

zaměstnavatelem, kontakt a rozhovory s rodinnými příslušníky, doprovod klienta, poradenství, socioterapie, podání léků (v případě zdravotní sestry aplikace depotní injekce), pomoc s administrativními záležitostmi, konzultace s ošetřujícími lékaři, vyzvednutí receptů nebo depotních injekcí, návštěvy klientů ve zdravotnických zařízeních, návštěvy klientů doma, nácviky dovedností nebo pomoc s finančním hospodařením. Při práci s klientem postupuje pracovník v ideálním případě po předem stanovených krocích. Na počátku je vstupní rozhovor a mapování potenciálního klienta a jeho prostředí. Následuje diskuse a rozhodnutí v týmu o přijetí či nepřijetí potenciálního klienta do služby. V případě přijetí probíhá navazování kontaktu (vztahu) klienta se svým CM, mapování potřeb a přání klienta, formulování zakázky, plánování kroků, které vedou k naplnění zakázky, snaha o realizaci zakázky, zhodnocení, formulace nové zakázky nebo ukončení spolupráce. (Operační manuál, 2016)

Výčet služeb, které CM svému klientovi může poskytovat je široký. Velmi zásadní je zajištění předávání informací. Ve většině případů má klient ke svému CM blíže než k ostatním pracovníkům (pokud jejich vztah dobře funguje). Může se mu pak snáze svěřit s věcmi, které by například s terapeutkou v centru sociální rehabilitace nerad rozebíral. I ta by se však tyto informace měla dozvědět, aby její obraz o klientovi byl kompletní. Z praxe mohu uvést příklad, kdy mě klient žádal, aby se nikdo jiný nedozvěděl, že je na substituční léčbě. Bylo nutné klientovi vysvětlit, že pokud se jedná o ostatní klienty a klient sám jim tuto informaci nesdělí, v žádném případě se nic nedozvedí, ale terapeutka centra sociální rehabilitace by měla být s touto skutečností obeznámena. Pokud by se jednalo o informaci závažnějšího charakteru, je na místě zároveň informovat klientova ambulantního psychiatra, rodinu. Tok tohoto informačního kanálu a propojení služeb zajišťuje CM. Pro jednodušší předávání informací jsou zavedeny pravidelné porady, a to nejen v rámci celé organizace. Pravidelně každý měsíc probíhají schůzky se zástupci jednotlivých oddělení PN Kosmonosy a PN Sadská. Přítomen je vždy primář oddělení, případně jiný lékař, sociální pracovník, pracovnice a další členové týmu oddělení. Propojení a vzájemná spolupráce jednotlivých služeb je vždy velmi důležitá. Ovšem ne vždy tomu tak je. Bylo by dobré, kdyby chystaná reforma psychiatrické péče byla prospěšná i v tomto ohledu.

Pro práci s klientem CM využívá několik různých nástrojů nejčastěji rozhovor, dotazníky, formuláře, pozorování. Veškeré dokumenty jsou ukládány do klientovy složky a průběhy jednotlivých schůzek a rozhovorů jsou zaznamenávány do elektronické databáze. V případě,

že u klienta dojde ke změně jeho CM, může si nový nástupce veškeré informace o klientovi snadno dohledat.

4.2.2 Centrum sociální rehabilitace

Centrum sociální rehabilitace (dále jen CSR) je druhým krokem v oblasti rehabilitace. CSR je prostorem pro setkávání lidí s duševním onemocněním a místem pro navazování nových kontaktů. Činnost je zaměřena na pomoc a podporu při opětovném získávání sebejistoty, na obnovu a zdokonalování se v sociálních a pracovních dovednostech a na smysluplnou náplň volného času. Služby jsou poskytovány dlouhodobě, bezplatně a účast na všech aktivitách je dobrovolná. Pracovní náplň klientů při pobytu v CSR je rozmanitá. CSR nabízí různé rukodělné činnosti jako je například práce s FIMO hmotou, práce s keramickou hlínou, malování na sklo, textil, hedvábí, pletení z pedigu, odlévání svíček, práce se dřevem, papírem, korálky, drátování/drátkování, ubrousková technika (découpage), vyšívání, háčkování, ruční šití, tkaní na kolíkovém stavu aj. (Fokus Mladá Boleslav, 2016)

Pro nácvik dovedností slouží mimo jiné i skupinové vaření a stolování (v létě je oblíbené grilování). Vybraní klienti s pomocí terapeutky vaří, jiní pak uklízejí a myjí nádobí. Pro klienty je zde také dostupný počítač a internet. Každý týden je jedno odpoledne vyčleněno sportovním aktivitám, výuce angličtiny a téměř každý měsíc je pro klienty pořádán výlet. Velmi oblíbené jsou u klientů tréninky paměti. Nově je provozována „Čajovna“ posezení klientů při čaji a zákusku, který si sami připraví, hraní společenských her. „Čajovny“ se účastní i náš peer konzultant (pracovní náplň peer konzultanta bude popsána dále).

Pokud klienti do CSR docházejí z důvodu rozšíření svých sociálních kontaktů, potřebují podporu a posílení sebedůvěry nebo nácviky sociálních a pracovních dovedností, není jejich docházka do CSR ve většině případů pevně stanovena. Pokud však CSR slouží jako předstupeň sociálně terapeutické dílny (dále jen STD), má klient docházku přesně určenou dny v týdnu, počet hodin, které v CSR stráví, a dobu po kterou bude do CSR takto docházet. Pokud vše zvládne, může být zařazen do STD.

4.2.3 Sociálně terapeutická dílna

Cílem služby je umožnit klientům pozvolnou přípravu a nácvik na podmínky volného pracovního trhu. Klienti si zde navykají nebo znovu navykají pravidelnému režimu vstávání a docházky do práce. Učí se dodržovat pracovní řád a snaží se přizpůsobit novému pracovnímu prostředí. Jsou vedeni nejen k tomu, aby se naučili vykonávat zadané úkoly, ale také aby o nich přemýšleli a třeba se i pokusili inovovat pracovní postupy. Pracovní rehabilitace probíhá na třech různých pracovištích: ve výrobní dílně, potravinářské výrobě a v kavárně umístěné na Střední zdravotnické škole v Nymburce. (Fokus Mladá Boleslav, 2016)

Náplní výrobní dílny je řemeslná činnost. V potravinářské výrobě se připravují obložené bagety, toasty, palačinky, pečou se sladké a slané koláče. Ty jsou prodávány v kavárně. Během listopadu a prosince jsou klienti vytíženi zakázkami na vánoční cukroví.

U většiny klientů probíhá pracovní rehabilitace v STD z důvodu získání určitých pracovních dovedností a návyků. Ovšem ne vždy je tomu tak. Jako příklad z praxe mohu opět uvést jednu z mých klientek. Její psychiatrická diagnóza je porucha osobnosti. Pracovně je proti ostatním klientům velmi zdatná a práci zvládá dobře. Její rehabilitace však spočívá v tom, aby se naučila vycházet v pracovním prostředí s ostatními klienty (kolegy). Všechna její předchozí zaměstnání byla ukončena z důvodu, že jí tato schopnost chybí. Z mého pohledu je tato rehabilitace složitější, než pokud je potřeba získání pracovních návyků. Určité návyky, režim a dovednosti si většina klientů dokáže osvojit. Někteří za kratší, jiní za delší čas. Problém této klientky je však osobnostního rázu a osobnost člověka lze měnit jen velmi těžko.

Služba STD je časově ohraničena na dobu tří let. Její dřívější ukončení zcela závisí na klientově rozhodnutí. Po dobu, kdy klient v STD pracuje, probíhají jednou za tři měsíce schůzky CM, terapeuta a vedoucí z STD a klienta. Na těchto schůzkách probíhá hodnocení klientovy práce. Klient je pochválen za to, co se mu daří, ale zároveň upozorněn na úkony, na kterých je ještě třeba zapracovat. Pokud klient vše zvládá, je připraven na práci na volném trhu. Práci může hledat sám nebo s pomocí Agentury podporovaného zaměstnávání. V případě, že se klient stále na práci na volném trhu necítí, je zde ještě možnost tréninkové kavárny Strejda Burger, která je považována za nejvyšší stupeň pracovní rehabilitace ve Fokusu.

4.2.4 Tréninková kavárna

Práce v tréninkové kavárně se ještě více blíží práci v nechráněných podmínkách. Klienti si zde mohou obnovit a zlepšit pracovní dovednosti, schopnost komunikace s ostatními lidmi, posílit si sebevědomí. Pracovní rehabilitace spočívá především v práci s hosty kavárny, v obsluhování hostů, přípravě nápojů, jídel a dalších úkonů spojených s provozem.

Vše má svůj postup a řád. Klient začíná od práce, která mu připadá nejsnazší a myslí si, že by ji mohl nejlépe zvládnout. S postupným zdokonalováním je klient přesouván na další posty a zodpovědnější práci, ta zahrnuje na příklad i práci na počítači.

4.2.5 Podporované zaměstnávání

Podporované zaměstnávání (dále jen PZ) je služba pro klienty, kteří chtějí získat a udržet si placené zaměstnání v běžném pracovním prostředí. K tomu, aby byli schopni získat a udržet si práci, někdy potřebují individuální osobní a průběžně poskytovanou podporu před nástupem do práce i po něm. Podporované zaměstnávání vychází z individuálních potřeb uchazečů o práci. Pracovníci PZ průběžně mapují trh práce. S klientem je vytvářen individuální plán práce. Pokud je třeba, pomohou klientovi se sepsáním životopisu a aktivně se podílejí na vyhledávání vhodného pracovního uplatnění. Klientovi poskytují podporu při jednání se zaměstnavatelem a při zařizování formalit spojených s nástupem do práce. V případě potřeby větší podpory je možná i přímá asistence na pracovišti. Pracovníci PZ neposkytují své služby pouze klientům, ale také jejich potenciálním zaměstnavatelům. Mohou je na příklad seznámit s legislativou zaměstnávání osob se znevýhodněním, pomoci s úpravou pracovního místa, výběrem vhodné pracovní náplně, vytvořením podmínek pro přijetí nového pracovníka do pracovního kolektivu. Pracovní asistent může zaměstnance zaškolit podle požadavku zaměstnavatele, pomoci mu zorientovat se na pracovišti, zprostředkovávat komunikaci s nadřízenými a spolupracovníky, aby zaměstnavatel nemusel zaměstnanci s postižením věnovat vyšší pozornost než ostatním zaměstnancům. (Fokus Mladá Boleslav, 2016)

4.3 Zapojení peer konzultantů do péče o duševně nemocné

I pacienti s diagnózou vážného duševního onemocnění mohou žít samostatný, uspokojivý a produktivní život ve svém prostředí s dobrými vztahy s druhými lidmi. Tohoto faktu bylo využito v projektu Zapojení peer konzultantů do péče o duševně nemocné, protože oni jsou toho důkazem. Lidé s vlastní zkušeností s duševním onemocněním, kteří se z něj vzpamatovali, zotavili, svou nemoc dostali pod kontrolu a nyní žijí zcela plnohodnotný a spokojený život. Právě oni jsou pro klienty důkazem toho, že jejich nemoc není nepřekonatelná. Ve Fokusu je peer konzultant součástí terénního týmu.

Anglické slovo peer můžeme přeložit jako „osoba stejného stavu“ nebo „druh“. Označuje osobu, kterou s jednou nebo více dalšími osobami spojují určité shodné charakteristiky (vrstevníci, sousedé, matky malých dětí). Peer pracovníci jsou lidé s žitou zkušeností duševního onemocnění, kteří používají tuto zkušenost k podpoře dalších klientů. Pokud se člověk rozhodne využít své životní zkušenosti z určité oblasti ve prospěch dalších osob, stane se pro ně zdrojem cenné podpory. Práce peer konzultanta spočívá ve sdílení jeho osobního příběhu. Jeho posláním je dodat klientům povzbuzení a naději. Může pracovat jak na půdě organizace, tak v přirozeném prostředí klienta. (Manuál, 2014)

V manuálu Zapojení peer konzultantů do péče o duševní zdraví je náplň práce peer konzultanta stanovena takto. Peer konzultant vede motivační a podpůrné rozhovory s klienty, podporuje je a pomáhá v jejich cestě k zotavení, orientuje se na silné stránky klienta a pomáhá i ostatním členům týmu se na ně orientovat, spolupracuje s rodinnými příslušníky klientů, aktivně se účastní volnočasových aktivit, zapojuje se do akcí pro veřejnost, spolupracuje se svými kolegy v týmu, je seznámen s jejich pracovními postupy a pravidelně s nimi konzultuje spolupráci s klienty. (Manuál, 2014)

Pravdou je, že jakkoliv mohou být CM, terapeuti a další pracovníci empatičtí, tak nikdy nebudou schopni si zcela představit, jak se klient ve své nemoci cítí. Peer konzultant ano. Myslím si, že to je ten důvod, proč si s ním klienti i přes počáteční nedůvěru rádi povídají. Je to jeden z nich a zcela jistě má v procesu rehabilitace své místo.

4.4 Komplexní vzdělávání rodinných příslušníků duševně nemocných

Tento projekt byl realizován v roce 2015. Stává se, že rodinným příslušníkům a blízkým bývá věnováno jen málo pozornosti a často hledají pomoc, podporu a informace jen velmi obtížně. Rodina je důležitou součástí klientova světa a právě proto, by její členové měli mít dostatek informací. Samotný průběh tohoto projektu byl rozdělen na dvě části. První část se skládala ze vzdělávacích kurzů a to formou deseti dvouhodinových setkání v každém regionu odděleně

a pobytových kurzů v prostředí kapucínského kláštera v Mnichově Hradišti.

Kurzy byly zaměřeny na tato témata: 1. základní informace o duševních poruchách, 2. léčba psychofarmaky, efekty a nežádoucí účinky, jiné způsoby léčby, 3. psychoterapie, 4. prevence zhoršení či recidivy onemocnění, předcházení krizím, 5. rehabilitace, zotavení, 6. Rodina v péči o duševně nemocného, komunikace s duševně nemocným, 7. služby pro duševně nemocné, jejich možnosti, způsoby práce, očekávané výsledky, 8. systém služeb Fokusu MB, 9. sociální aspekty duševního onemocnění (invalidizace, příspěvek na péči, sociální dávky), 10. právní aspekty duševního onemocnění (opatrovnictví, léčba bez souhlasu nemocného, ochranná léčba). Druhá část celého projektu probíhala formou stáží ve službách pro duševně nemocné. Nejen v České republice, ale i Holandsku a Finsku. (Fokus Mladá Boleslav, 2016)

Na tento projekt v letošním roce naváže tříletý projekt Práce s rodinami dlouhodobě duševně nemocných. Dojde k zopakování již zmíněných vzdělávacích kurzů a budou nabídnuty další možnosti podpory. Jedná se o osobní podpůrné skupiny, jejichž členy si bude moci klient určit sám podle toho, kteří lidé jsou pro něj důležití a pomáhají mu v zotavení. Při pravidelných setkáních bude klient skupině předkládat své nápady, plány, požadavky, jak mu mohou členové v zotavení pomoci. Předpokládá se vznik svépomocných rodičovských skupin, které jsou důležité pro vzájemnou podporu a sdílení zkušeností. Přibližně dvakrát ročně budou probíhat zrcadlová setkání jako zpětná vazba od uživatelů služeb a rodinných příslušníků.

5 Praktická část

Obsahem této kapitoly je vymezení hlavního cíle a stanovení dílčích cílů, které se vztahují k cíli hlavnímu, formulace tazatelských otázek, metodologie výzkumného šetření, technika sběru dat a popis samotné realizace výzkumu.

5.1 Vymezení hlavního cíle a dílčích cílů výzkumu

Hlavním cílem mé práce je zjistit možnosti sociální rehabilitace v kontextu komunitní sociální práce s osobami s duševním onemocněním. V praktické části je popsán realizovaný kvalitativní výzkum s cílem zhodnotit možnosti sociální rehabilitace v organizaci Fokus Mladá Boleslav z.s.-středisko Nymburk, jejíž cílovou skupinu klientů tvoří lidé se závažným duševním, převážně psychotickým, onemocněním.

Hlavní cíl: Zhodnotit možnosti sociální rehabilitace ve Fokusu Mladá Boleslav z.s. – středisko Nymburk.

Pro zpracování výzkumu jsem si zvolila tyto tři dílčí cíle:

Dílčí cíl 1: Zjistit, jaký vliv má sociální rehabilitace na schopnosti a dovednosti klientů.

Dílčí cíl 2: Zjistit, zda při práci s klientem záleží na jeho diagnóze.

Dílčí cíl 3: Zjistit, co může být při sociální rehabilitaci klientů s duševním onemocněním efektivní a co naopak účinnost rehabilitace snižuje.

5.2 Transformace dílčích cílů do tazatelských otázek

Tabulka 2: Transformační tabulka

HLAVNÍ CÍL:	Zhodnotit možnosti sociální rehabilitace ve Fokusu Mladá Boleslav z.s. – středisko Nymburk
Dílčí cíle	Tazatelské otázky
DC 1: Zjistit, jaký vliv má sociální rehabilitace na schopnosti a dovednosti klientů.	TO1: Jaké jsou nejčastější rehabilitační cíle, které si klienti Fokusu kladou?
	TO2: Na posilování jakých schopností a dovedností je rehabilitace nejčastěji zaměřena?
	TO3: Jak se klientům, z vašeho pohledu, daří své dovednosti posílit a cíle naplnit?
	TO4 : Jak úspěšně se klienti uplatňují na volném trhu práce, pokud projdou sociální rehabilitací?
DC 2: Zjistit, zda při práci s klientem záleží na jeho diagnóze.	TO5: Pro klienty s jakými diagnózami je sociální rehabilitace poskytována?
	TO6: Jak ovlivňuje přístup a práce s klientem jeho diagnóza?
	TO7: Jak jednotlivé diagnózy ovlivňují délku rehabilitace?
	TO8: U klientů s jakou diagnózou je z vašeho pohledu rehabilitace nejnáročnější?
DC 3: Zjistit, co může být při sociální rehabilitaci klientů s duševním onemocněním efektivní a co naopak účinnost rehabilitace snižuje.	TO9: S klienty jsou sepsovány souhlasy, dotazníky, formuláře, plány...Který z těchto administrativních kroků či dalších považujete za postradatelný až kontraproduktivní při práci s klientem z pohledu zatěžování klienta „papírováním“?
	TO10: Jaké prostředky při sociální rehabilitaci používáte a jak je hodnotíte co do účinnosti a vhodnosti?
	TO11: Jak dlouho by podle vás měla trvat spolupráce s klientem, aby byla efektivní?
	TO12: Jaká omezení či limity ze strany Fokusu vnímáte při procesu rehabilitace?
	TO13: Myslíte si, že některá část postupu při procesu rehabilitace může klienta odradit?
	TO14: Jaké postupy by výhledově mohly ještě vylepšit možnosti sociální rehabilitace ve Fokusu?

5.3 Metodologie výzkumného šetření

Pro výzkumné šetření jsem zvolila kvalitativní výzkum. Kvalitativní výzkum se může odvolat na dlouholetou tradici, která sahá až k počátkům sociálních věd. Za začátky můžeme považovat obecně terénní výzkum a především etnologii, která má jako věda o národech své kořeny v 15. a 16. století (Hendl, 2016).

„Kvalitativní výzkum je nenumerické šetření a interpretace sociální reality. Cílem je tu odkrýt význam podkládaný sdělovaným informacím.“ (Disman, 2002, s. 285)

Podle Hendla někteří metodologové chápou kvalitativní výzkum jen jako doplněk tradičních kvantitativních výzkumných strategií, jiní zase jako protipól či vyhraněnou výzkumnou pozici ve vztahu k jednotné, na přírodovědných základech postavené vědě.

„V kvalitativním výzkumu mizí hranice mezi rolí výzkumníka a rolí zkoumané osoby, oba jsou rovnocennými partnery.“ (Disman, 2002, s. 300)

Hendl ve své knize uvádí pozitiva i negativa kvalitativního výzkumu. K jeho přednostem patří: *„získání podrobného popisu a vhled při zkoumání jedince, skupiny, události, fenoménu. Zkoumá fenomén v přirozeném prostředí, umožňuje studovat procesy a navrhopvat teorie, dobře reaguje na místní situace a podmínky.“* (Hendl, 2016, s. 48) Za nevýhody kvalitativního výzkumu považuje to, že *„získaná znalost nemusí být zobecnitelná na populaci a do jiného prostředí, analýza dat i jejich sběr jsou často časově náročné etapy a výsledky jsou snadněji ovlivněny výzkumníkem a jeho osobními preferencemi.“* (Hendl, 2016, s. 48)

5.4 Technika sběru dat

Jako techniku výzkumného šetření jsem zvolila rozhovor (interview). Nejvhodnější způsob vedení rozhovoru je z mého pohledu strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami. *„Strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami sestává z řady pečlivě formulovaných otázek, na něž mají jednotliví respondenti odpovědět. Redukuje se tak pravděpodobnost, že se data získaná v jednotlivých rozhovorech budou výrazně strukturně lišit. Základním účelem tohoto typu interview je co nejvíce minimalizovat efekt tazatele na kvalitu rozhovoru. Data z takového interview se snadněji analyzují, protože jednotlivá témata se lehce v přepisu*

rozhovoru lokalizují.“(Hendl, 2016, s. 177-178) Osobní kontakt s informantem, možné ujasnění v případě neurčité odpovědi a možnost položení doplňujících otázek, to jsou z mého pohledu další výhody, které z rozhovoru plynou. Pro záznam pořizovaných dat jsem zvolila nahrávací zařízení (diktafon). Každý zúčastněný byl předem informován o účelu rozhovoru a o tom, že celý rozhovor bude nahrán.

5.5 Popis výzkumného vzorku

Informanti byli vybráni na základě záměrného výběru podle předem stanovených kritérií. Z důvodu absence mužských pracovníků se jedná o sociální pracovníce Fokusu Mladá Boleslav z.s. – střediska Nymburk. Pro splnění jedné z podmínek musí být zaměstnané ve Fokusu na pozici sociální pracovníce minimálně jeden rok. Druhou je splnění podmínek podle Zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách, potřebných k výkonu sociální práce. Třetím kritériem je úzká spolupráce s klienty při procesu sociální rehabilitace.

Tabulka 3: Seznam informantů

Informant	Pracoviště	Věk	Délka praxe ve Fokusu
Informant 1	Terénní tým	34 let	7 let
Informant 2	Terénní tým	27 let	4 roky
Informant 3	Terénní tým	54 let	2 roky
Informant 4	Terénní tým	34 let	1 rok
Informant 5	Centrum sociální rehabilitace	30 let	6 let
Informant 6	Centrum sociální rehabilitace	33 let	1 rok
Informant 7	Centrum sociální rehabilitace	29 let	1 rok
Informant 8	Tréninková kavárna Strejda Burger	27 let	5 let
Informant 9	Tréninková kavárna Strejda Burger	24 let	1,5 roku
Informant 10	Sociálně terapeutická dílna	31 let	4 roky

5.6 Realizace výzkumného šetření

Samotné výzkumné šetření probíhalo v období od prosince 2016 do první poloviny ledna 2017. Vždy se jednalo o předem o domluvenou schůzku na pracovišti informanta. Každý dotazovaný byl nejprve seznámen s obsahem bakalářské práce. Dále jsem všechny zúčastněné informovala o faktu, že rozhovor bude nahráván, jeho poskytnutí je zcela dobrovolné a veškeré získané informace budou použity pouze pro účely bakalářské práce, a to zcela anonymně. Informace, které jsem z poskytnutých rozhovorů získala, jsem doslovně přepsala z důvodu přehlednější analýzy dat.

6 Interpretace výsledků

Dílčí cíl 1: Zjistit, jaký vliv má sociální rehabilitace na schopnosti a dovednosti klientů

TO1: Jaké jsou nejčastější rehabilitační cíle, které si klienti Fokusu kladou?

Cíle byly definovány více než polovinou informantů takto: **pravidelná docházka** do Centra sociální rehabilitace, **nácviky dovedností** potřebných pro běžný život. Dále najít **zaměstnání** a být schopný si ho udržet a zcela se osamostatnit, nebýt závislý na rodině. „*Pravidelná docházka. Donutit se vstát z postele, přijít do CSR a mít režim dne, nácvik pracovního režimu a dovedností pro budoucí zaměstnání a to buď do STD, CHD, nebo na volný trh.*“ (I5)

Poslední zmíněný cíl ve své podstatě vyplývá z cílů předchozích. Je však důležité podotknout, že stanovení rehabilitačních cílů závisí na situaci, ve které se klient nachází a v jaké fázi je jeho onemocnění. Pokud klient přichází v začátcích svého onemocnění, může spolupráce s ním spočívat především v podávání informací. Dodat klientovi více informací o jeho onemocnění, jak požádat o invalidní důchod, poskytnout kontakty na odborníky a zdravotnická zařízení. Důležitou roli hraje i fakt, zda má klient na své onemocnění náhled.

Nejčastějším cílem klientů je ve své podstatě zvládat lépe svůj vlastní život. Konkrétně se jedná o aktivizaci pomocí služeb Fokusu. Duševní onemocnění přináší omezení, která se klienti snaží překonat a zvládat. Soběstačnost znamená pro mnohé určitou svobodu.

TO2: Na posilování jakých schopností a dovedností je rehabilitace nejčastěji zaměřena?

Nejčastější odpovědí, více než polovinou informantů, na tuto otázku bylo **posilování sociálních a pracovních dovedností**. „*Nejčastěji to budou sociální a pracovní dovednosti. Trénování komunikace s ostatními v CSR a navazování vztahů. Nastavení pravidelného režimu. Jako dlouhodobý cíl si klienti často stanovují najít si práci, nemají ale návyky a náhled na své aktuální možnosti a schopnosti. Trénují tedy výdrž a manuální zručnost. V STD je rehabilitace zaměřena i na schopnost udržet si zaměstnání na volném trhu, dodržování včasných omluv, neschopenky, navyšování pracovního tempa.*“ (I2)

Mezi nejvíce zmiňované dovednosti v tomto případě patřily: komunikace, dodržování pravidel, fungování v kolektivu, samostatnost, péče o domácnost, finanční hospodaření a v neposlední řadě i zvládání péče o svou osobu a osobní hygienu.

Znovuzískání a posilování sociálních a pracovních dovedností přináší i zvýšení sebevědomí klienta. Pokud klient úspěšně funguje ve svém sociálním prostředí, eliminuje tím riziko izolace a pocitu osamění.

TO3: Jak se klientům, z vašeho pohledu, daří své dovednosti posílit a cíle naplnit?

Při položení této otázky se všichni informanti shodli na tom, že posilování dovedností a dosažení cílů je velmi **individuální**. Velmi důležitou roli v celém procesu hraje klientův **náhled na onemocnění**. Dále záleží na tom, zda je **klient dostatečně motivován**. „*Pokud je klient dobře motivován k naplnění cíle, a to formou vnitřní i vnější motivace, tak se cíle většinou naplnit daří, za předpokladu, že nedojde k psychickému zhoršení a cíl se neodloží nebo nezmění.*“ (I8) Za velmi důležité pokládá většina informantů, aby stanovené **cíle** byly co nejvíce **reálné** a dosažitelné. „*Pokud si klient společně s terapeutem stanoví opravdu reálné cíle v rámci služby, obvykle se je naplnit daří.*“ (I7)

Myslím si, že pokud klienti dosáhnou prvních cílů, je to pro ně motivace v rehabilitaci pokračovat. V tomto případě bych zdůraznila důležitost role sociálního pracovníka. Podpora z jeho strany, stanovení reálného cíle, průběžná motivace klienta a jeho zpětná vazba mohou klientovy úspěchy výrazně ovlivnit. I když klient svého cíle dosahuje po krůčcích, je podstatné, že chce na svém životě pracovat.

TO4: Jak úspěšně se klienti uplatňují na volném trhu práce, pokud projdou sociální rehabilitací?

Většina informantů se shoduje, že uplatnitelnost klientů Fokusu na volném trhu práce je i potom, co projdou sociální rehabilitací **velmi nízká**. Jedním z důvodů mohou být nároky zaměstnavatelů. A stejně tak i velká očekávání a nároky ze strany klientů. „*V tomto ohledu nejsem příliš optimista. Setkávám se s tím, že se práce na volném trhu najde, ale klient si ji není schopen dlouhodobě udržet. Záleží také na diagnóze klienta. Jsou i samozřejmě výjimky, kdy se najde vhodná práce s ohleduplným zaměstnavatelem a klient pracovat zvládá.*“ (I2)

Nemohu posoudit, nakolik jsou zaměstnavatelé informováni o dopadech duševního onemocnění na život člověka. Pokud by však měli jisté znalosti, předpokládala bych větší

míru tolerance z jejich strany. Myslím si, že jistou „nevýhodou“ duševního onemocnění je, že není vidět. Lidé působí po fyzické stránce na své zaměstnavatele jako zdraví jedinci, a tím pádem zaměstnavatel očekává odpovídající výkon.

6.1 Dílčí shrnutí 1

Klienti, kteří do Fokusu přicházejí, mají různé představy a požadavky. Nejčastějším požadavkem je aktivizace pomocí služeb Fokusu, mít režim dne a zvládat běžné věci potřebné pro samostatný život. Pokud jim to jejich zdravotní stav dovoluje, najít si práci a být nezávislí. Rehabilitace tedy nejčastěji probíhá formou posilování sociálních a pracovních dovedností. Klienti se učí lépe komunikovat, dodržovat pravidla, fungovat v kolektivu, být samostatní, pečovat o domácnost, lépe hospodařit s financemi, ale i zvládat péči o svou osobu a osobní hygienu. To, jak se klientům daří své dovednosti posílit a cíle naplnit, je velmi individuální. Záleží například na tom, zda má klient na své onemocnění náhled, a nemá tím pádem nespílitelná očekávání, nebo zda je dostatečně motivován. V obou případech pomáhá pracovník, který se klienta snaží průběžně motivovat nebo naopak lehce usměřňovat podle klientových možností. Reálné cíle se daří lépe naplnit, a klient tak vidí první úspěchy. Bohužel i přes to, že klienti projdou sociální rehabilitací úspěšně, není jejich šance na uplatnění na volném trhu práce příliš velká. Jedním z důvodů mohou být velké nároky a malá tolerance ze strany zaměstnavatelů nebo neschopnost klienta dlouhodobě si práci udržet.

Dílčí cíl 2: Zjistit, jak práci s klientem ovlivňuje jeho diagnóza

TO5: Pro klienty s jakými diagnózami je sociální rehabilitace poskytována?

K této otázce jsou odpovědi všech informantů shodné. Klienty Fokusu jsou lidé se závažným duševním onemocněním. Cílovou skupinou jsou klienti s diagnózou z okruhu psychóz (F20-F29). Dále jsou služby poskytovány klientům z okrajové cílové skupiny, kam například patří

depresivní a úzkostné poruchy, poruchy osobnosti (F60-F69). Služby nejsou poskytovány například lidem s mentální retardací nebo poruchami psychického vývoje.

„Pro klienty s dg z okruhu psychóz, dále bipolární porucha, depresivní a úzkostné poruchy, poruchy osobnosti. Poslední tři jsou tak zvané okrajové cílové skupiny.“ (I2)

TO6: Jak ovlivňuje přístup a práce s klientem jeho diagnóza?

I k této otázce byly odpovědi téměř shodné. Nejčastější prvotní odpověď zněla: značně, hodně, velmi, rozhodně se liší. Velmi dobře popsal konkrétní rozdíly jeden z informantů.

*„Ovlivňuje **značně**. Poruchy osobnosti například vyžadují diametrálně odlišný přístup od psychotiků. S psychotiky je práce z mého pohledu jednodušší. Nejsou tak nepředvídatelní, jsou ochotnější, snaží se spolupracovat, zavděčit se. Na druhou stranu mají obvykle velice nízké sebevědomí, hodně zapomínají, nevěří si, méně komunikují. Poruchy osobnosti jsou pravý opak. Jsou komunikativní, někdy až příliš, manipulují, sledují jen své zájmy, mají emoční výkyvy. Jsou ale pracovně schopnější, rychleji se učí, mnohem více se zapojují do běžného života, pokud chtějí.“ (I7)* Ze své zkušenosti bych ještě ráda zmínila fakt, že rozhodnutí u diagnózy porucha osobnosti se často mohou měnit z hodiny na hodinu a stále nemusí být definitivní, proto je někdy těžké dosáhnout konkrétního vytyčeného cíle. U klientů s psychotickým onemocněním může proces rehabilitace přerušit dekompenzace jejich zdravotního stavu.

Další z informantů zdůraznil individuální přístup. Ten by měl být podle mého názoru nedílnou součástí práce s klientem. *„Moje práce a přístup ke klientům dle diagnózy se **rozhodně liší**, ani k nim nejde přistupovat jednotně. Naše rehabilitace je založena na individuálním přístupu.“ (I9)*

Každý člověk je osobnost, která potřebuje svůj specifický přístup. Není možné a nebylo by správné na všechny klienty aplikovat stejné postupy a přístupy. Někdo potřebuje více času, pomalejší tempo a laskavější přístup, vše podrobněji vysvětlit. U jiných klientů je třeba být více direktivní a pevně dodržovat hranice.

TO7: Jak jednotlivé diagnózy ovlivňují délku rehabilitace?

Více než polovina informantů si v tomto případě myslí, že u lidí s psychotickým onemocněním je potřebná delší doba sociální rehabilitace. *„Ovlivňují. Obecně bych řekla, že*

u klientů, kteří přichází s psychotickým onemocněním je rehabilitace dlouhodobější než například u lidí s depresemi, úzkostmi. Samozřejmě existují výjimky. A specifická je poté služba v CSR, kam dochází i dlouhodobě lidé stabilizovaní třeba s depresemi, tam je cílem již kontakt s dalšími lidmi a pokud je volná kapacita, může to být opravdu dlouhodobé.“(I1) Myslím si, že je dobré, že rehabilitace pokračuje i v případě, kdy je klient stabilizovaný, celkově soběstačný, ale nemá třeba „jen“ dostatek sociálních kontaktů.

Je dobré zmínit, že každá diagnóza přináší jiná omezení v běžném životě, a i proto jinak ovlivňuje průběh rehabilitace. Z mého pohledu bych u klientů s psychotickým onemocněním viděla větší snahu, ale zároveň větší omezení jejich možností. Jejich diagnóza, tlumivé účinky léků a úbytek energie vyžadují více úsilí. Je těžké odhadnout, jak dlouhou dobu bude klientův stav stabilizovaný a kdy může dojít k relapsu. Všechny tyto faktory délku trvání rehabilitace celkově prodlužují.

TO8: U klientů s jakou diagnózou je z vašeho pohledu rehabilitace nejnáročnější?

Za náročnější považuje více než polovina informantů rehabilitaci u klientů s psychotickým onemocněním. „U klientů s **psychotickým onemocněním**.“ Méně než polovina z dotazovaných takto vnímá klienty s poruchou osobnosti.

Řekla bych, že v tomto případě ovlivňuje pohled na celou situaci osobnost pracovníka. Každá z diagnóz má svá specifika. „*Jak v jakém ohledu. Klienti s psychózou často nemají náhled, nebo dochází k dekompenzaci zdravotního stavu, což vše protahuje a zároveň to může být náročné. U poruch osobnosti je zase těžká komunikace a aby dodržovali jasně stanovené hranice.*“(I2) Pokud je pracovník sám zvyklý na rychlejší pracovní tempo, může mu rehabilitace u psychotických klientů připadat nekonečně dlouhá, a tudíž náročná. Na druhou stranu u klientů s poruchou osobnosti musí jasně držet hranice a trvat na dodržování pravidel. Občas je třeba použít i direktivní přístup, což nemusí každý zvládnout. Z tohoto důvodu si myslím, že je dobré, pokud tým pracovníků tvoří osobnostně rozmanité typy. Jestliže práce s klientem pracovníka nevyčerpává, je z mého pohledu více efektivní.

6.2 Dílčí shrnutí 2

Sociální rehabilitace je poskytována přednostně klientům s diagnózou z okruhu psychóz, což jsou klienti z cílové skupiny. Dále pak klientům z okrajové cílové skupiny, kam například patří depresivní a úzkostné poruchy nebo poruchy osobnosti. Pracovníkův přístup ke klientovi je rozhodně ovlivněn jeho diagnózou. Není to však jen o diagnóze, ale o celkovém způsobu práce Fokusu, která spočívá v individuálním přístupu ke klientovi. Každá diagnóza však má svá specifika, dopady na osobnost člověka, jeho chování, projevy, emoční prožívání, stabilitu. To vše průběh a způsob rehabilitace ovlivňuje. Někteří klienti potřebují více podpory, pomalejší tempo a celkově laskavější přístup. U jiných je třeba zvolit více direktivní přístup a pevně nastavit hranice. Obecně lze říci, že u lidí s psychotickým onemocněním je sociální rehabilitace dlouhodobější než například u klientů s depresemi. Většina dotazovaných pracovníků ji považuje i za náročnější právě z důvodu dlouhodobého trvání a možných opakovaných zhoršení psychického zdraví klienta. Je zde tedy potřeba trpělivého pracovníka, který se přizpůsobí tempu klienta. Nikdy by tomu nemělo být naopak.

Dílčí cíl 3: Zjistit, co může být při sociální rehabilitaci klientů s duševním onemocněním efektivní a co naopak účinnost rehabilitace snižuje

TO9: S klienty jsou sepisovány souhlasy, dotazníky, formuláře, plány...Který z těchto administrativních kroků či dalších považujete za postradatelný až kontraproduktivní při práci s klientem z pohledu zatěžování klienta „papírováním“?

Většina z dotazovaných považuje veškeré administrativní kroky za zcela opodstatněné a mající svůj význam. „Žádný, každý formulář má svůj význam, je to jistota pro nás i pro klienta. Občas mívají někteří klienti problém s důvěrou a podepsáním formuláře, ale bez dokumentace bychom nemohli fungovat.“(I8)

Vedení dokumentace je důležitou součástí práce s klientem. Je jistým dokladem o pracovníkově vykonané práci a zároveň mu umožňuje klienta lépe poznat. Většina klientů, se kterými se spolupracuje dlouhodobě, jsou na různá vyplňování zvyklá, a i když jim to není někdy příjemné, chápou, že je to součástí spolupráce. Klíčový pracovník své dlouhodobé

klienty zná a je pro něj snazší vše správně načasovat. Pokud se jedná o zahájení nové spolupráce a potencionální klient není spolupráci příliš nakloněn, mohlo by dojít k tomu, že ho sepisování odradí.

Dva z dotazovaných vnímají, že někdy si může klient připadat zahlcen různým vyplňováním a drobné změny by uvítali. *„Podrobné dotazníky zaměřující se na poznání klienta by mohly být méně obsahově náročné.“* (I10) *„Některé z těchto „papírů“ by mohly být spojeny, aby měl klient pocit, že vyplňuje jeden formulář a nepodepisuje čtyři různé.“* (I9)

Další dva informanti vnímají jako postradatelný Camberwelský formulář pro hodnocení potřeb (CAN). *„Nevím, možná CAN. Když se o klienta zajímáš a pravidelně scházíš, tak se podle mě dozvíš to co z Canu a nemusíš před ním zase vytahovat nějaké papíry“.* (I4)

Ze své praxe mohu potvrdit, že určité administrativní kroky jsou zcela jistě důležité a mají své opodstatnění, ale na druhou stranu by nikdy nemělo mít „papírování“ přednost před klientem samotným, neboť sociální práce by měla být především o lidech a jejich potřebách. Mělo by tedy záležet na pracovníkovi, který po zvážení situace určí tempo, kterým potřebné dokumenty bude vyplňovat. Ani sám pracovník by neměl být omezován konkrétním časem, co a kdy má s klientem vyplnit.

TO10: Jaké prostředky při sociální rehabilitaci používáte a jak je hodnotíte co do účinnosti a vhodnosti?

Nejčastěji zmiňovanými prostředky jsou **komunikace, pozitivní motivace, nácvik dovedností, navázání kvalitního vztahu** s klientem a **systém služeb**, který má Fokus k dispozici. *„Máme k dispozici CSR, STD a SB. Dále třeba v rámci CM doprovody nebo nácviky, jestli je tím myšleno toto. Vhodné a účinné jsou všechny, individuální je opět použití u konkrétního klienta. U někoho doprovody například na úřady fungují dobře, trénuje se a časem je schopen si vše zařídit sám. Výsledky jsou vidět i v ostatních sociálních dovednostech, například v komunikaci.“* (I2)

Navázat s klientem kvalitní vztah, mít mu co nabídnout a veškeré postupy zvažovat tak, aby odpovídaly konkrétním potřebám, možnostem a schopnostem klienta. Velmi důležité je využití nejen prostředků, které nabízí Fokus, ale i přirozené sociální sítě klienta. Pokud klient získá dostatečnou podporu v přirozeném prostředí, je to pro něj optimální. Je dobré,

pokud sociální pracovník zváží a snaží se využít všech dostupných prostředků ve prospěch klienta.

TO11: Jak dlouho by podle vás měla trvat spolupráce s klientem, aby byla efektivní?

Všichni informanti se shodují v tom, že rehabilitace by měla trvat **tak dlouho, jak klient potřebuje**. „*Ukončení spolupráce s klientem v momentě, kdy není zrehabilitován a schopen vše zvládat sám nebo s pomocí rodiny, ho může vrátit v dovednostech zpět na začátek.*“ (I2)

Důležité je s jakou zakázkou klient přichází. I to ovlivňuje délku trvání. Klientova zakázka může spočívat pouze v pomoci s hledáním zaměstnání. Pokud je klient v jiných ohledech soběstačný a schopný, není po nalezení vhodného zaměstnání důvod k další spolupráci.

U klientů z cílové skupiny se efektivnost spolupráce může projevit až po delší době. Rehabilitace u těchto klientů probíhá pomalejším tempem a může být přerušována hospitalizacemi v psychiatrické nemocnici. I když spolupráce probíhá i v době, kdy je klient hospitalizovaný, má to na průběh rehabilitace značný vliv. Je nutné zmínit i dobrovolnost služeb, které Fokus poskytuje. Pokud chce tedy klient spolupráci ukončit, i když rehabilitace svůj účel ještě nesplnila, nemůže ho pracovník k další spolupráci nutit. Pouze se ho může pokusit znovu namotivovat.

TO12: Jaká omezení či limity ze strany Fokusu vnímáte při procesu rehabilitace?

Většina informantů odpověděla opět shodně, žádná omezení nevnímají.

Jeden z informantů vnímá nedostatky ve spolupráci jednotlivých služeb. „*Špatná spolupráce mezi jednotlivými službami.*“ (I7) Další v návazné spolupráci s klientem. „*Návazná intenzivnější spolupráce s klientem s PZ po absolvování STD, aby obstál z dlouhodobého hlediska na trhu práce.*“ (I10) Třetí informant zmiňuje fakt, že z důvodu nedostatku práce schopných klientů toho mohou někteří klienti zneužívat. „*Na některé klienty neexistuje „páka“ v případě nedodržování pravidel či nevhodného chování na pracovišti – důsledek malého počtu adeptů na práci. V tu chvíli si klient může dovolit nepatřičně víc, než by mohl na volném trhu.*“ (I9) Čtvrtý informant zmínil absenci chráněného bydlení, které v době realizace výzkumu nebylo ještě k dispozici. „*Chráněné bydlení v našem městě, ale to se nyní mění. Myslím, že to tu opravdu chybělo.*“ (I1)

Myslím si, že nabídka služeb, které může nymburský Fokus svým klientům nabídnout, je široká. Z pohledu pracovní rehabilitace bych uvítala pestřejší nabídku pracovních míst. Pokud

porovnám možnosti pracovní rehabilitace, které má Fokus v Mladé Boleslavi a nabídku v Nymburce, je nabídka Mladé Boleslavi pestřejší.

TO13: Myslíte si, že některá část postupu při procesu rehabilitace může klienta odradit?

Polovina dotazovaných odpověděla, že klienta mohou odradit **velká očekávání** sociálního pracovníka. „*Určitě může, například pokud terapeut/sociální pracovník má na klienta příliš velké nároky, nerespektuje jeho tempo a individualitu klienta.*“ (I8)

Dále to může být vyžadování, dodržování určitých pravidel. „*Pravidla a nastavování určitých hranic.*“ (I10) Některé klienty může odradit zpětná vazba, kterou od pracovníků dostávají. „*Samozřejmě, například zpětná vazba, hodnocení. Klienti často nemají náhled na to, „jak jim to jde“.*“ (I5) Někteří klienti mají o sobě samém občas zkreslené představy. I když ve většině případů je to tak, že klient má mínění o svých schopnostech spíše nízké, někdy může dojít i k tomu, že sám sebe klient vnímá jako velmi schopného, i když tomu tak není. Jeho uvedení do reality ho pak může odradit.

Každý pracovník by se měl přizpůsobit tempu klienta a měl by to být právě on, kdo dokáže jeho možnosti a schopnosti objektivně vyhodnotit a posoudit. Ovšem i klienti by měli být srozuměni s tím, že od nich máme určitá očekávání, například v podobě dodržování pravidel.

TO14: Jaké postupy by výhledově mohly ještě vylepšit možnosti sociální rehabilitace ve Fokusu?

Méně než polovinu z dotazovaných pracovníků nenapadla žádná vylepšení. Zmíněno bylo **chráněné bydlení**, které je od února 2017 nově otevřeno. Dále pak samostatný **pracovník podporovaného** zaměstnávání pro Nymburk, který je v současné době již také k dispozici. Větší důraz na **práci** s klientovou **rodinou**. Což momentálně splňuje projekt Práce s rodinami dlouhodobě duševně nemocných.

Důležitá je i pestrost jednotlivých služeb. „*Jako důležité vnímám možnost často inovovat a zpestřovat náplň programu jednotlivých dílen, vymýšlet nové aktivity. Vidím to jako přínosné nejen pro klienty, ale i jako prevence vyhoření pracovníků.*“ (I8) Pokud klient, využívá služeb Fokusu již několik let, je dobré, aby přicházely stále nové a nové podněty ze strany poskytovatele, pro které by měl klient důvod těchto služeb využívat i nadále. Z odpovědí informantů lze zjistit, že průběžné zlepšování služeb neustále probíhá.

6.3 Dílčí shrnutí 3

Nedílnou součástí práce s klienty je značná spousta administrativních kroků směřujících k lepšímu poznání klienta, zmapování jeho situace, zjištění potřeb a naplánování postupu rehabilitace. Většina pracovníků tyto prostředky vnímá jako potřebné a sloužící ve prospěch klienta. Ovšem mohou nastat i situace, kdy především úzkostní a nedůvěřiví klienti mohou mít s tímto problémem. Myslím si, že pokud si pracovník vytvoří s klientem kvalitní vztah, může se o něm dozvědět i více než s pomocí dotazníků a formulářů. Tím však nepopírám jejich užitečnost. Především pro začínající pracovníky je v tomto výhoda, aby neopomněli zmapovat žádnou z oblastí klientova života. Stává se však, že na některé klienty pak může pracovník působit více byrokraticky než lidsky i přesto, že užitečnost dokumentů vysvětlí. Prostředky, které jsou ve Fokusu používány při sociální rehabilitaci, jsou různé druhy služeb, které na sebe navazují a vzájemně jsou propojeny - Terénní tým, Centrum sociální rehabilitace, Sociálně terapeutická dílna a tréninková kavárna Strejda Burger. Nejsou to však jediné prostředky, které pracovníci používají. Důležité je navázání kvalitního vztahu, komunikace, pozitivní motivace, doprovody a návčiky dovedností. Doporučení ostatních služeb a postup rehabilitace záleží na celkové situaci klienta, jeho momentálním zdravotním stavu a zakázce. Aby byla rehabilitace efektivní, měla by trvat tak dlouho, jak klient potřebuje. Většina pracovníků nevnímá žádná omezení či limity při procesu rehabilitace. Zmíněna však byla špatná spolupráce mezi jednotlivými službami, potřeba intenzivnější spolupráce s klientem po absolvování Sociálně terapeutické dílny a občasné ústupky klientům z důvodu malého počtu adeptů na práci. Z pohledu pracovní rehabilitace bych uvítala pestřejší nabídku pracovních míst. Poskytované služby fungují zcela zdarma a na principu dobrovolnosti. Nikdo klienta k jejich využívání nenutí. Proto je důležité, když se klient pro služby rozhodne, aby se minimalizovaly příčiny, které ho mohou odradit. Jednou z nich může být velké očekávání sociálního pracovníka vůči klientovi. Vyžadování a dodržování určitých pravidel a nastavování hranic, která však k rehabilitaci patří, aby byla úspěšná. V současné době se nabídka služeb rozšířila o možnost chráněného bydlení, samostatného pracovníka podporovaného zaměstnávání pro Nymburk a Kolín a dojde k většímu zapojení rodin klientů díky projektu Práce s rodinami dlouhodobě duševně nemocných.

Závěr

Bakalářská práce se zabývá tématem sociální rehabilitace lidí s duševním onemocněním. Psychiatrické diagnózy přináší celou řadu omezení a ovlivnění kvality života člověka. Mají vliv na osobní život, společenské fungování a oblast pracovního uplatnění. V teoretické části této práce je blíže popsána diagnóza schizofrenie, která spadá do okruhu psychotických onemocnění, která tvoří cílovou skupinu klientů organizace poskytující sociální rehabilitaci lidem s duševním onemocněním Fokus Mladá Boleslav z.s.- středisko Nymburk. Zároveň je zde vysvětlen proces právě probíhající Reformy psychiatrické péče a její potřebnost ke zlepšení poskytovaných služeb.

Hlavním cílem této práce bylo zjistit možnosti sociální rehabilitace v kontextu komunitní práce. Ta hraje důležitou úlohu v procesu rehabilitace jakožto nejvhodnější zajištění péče o lidi s psychotickým onemocněním. Pestrá nabídka a vzájemné propojení zdravotních a sociálních služeb umožňuje komplexní uspokojení potřeb klientů. Komunitní péče svou nabídkou služeb zahrnuje všechny oblasti potřebné péče tak, jak jsou popsány v teoretické části. Zamezuje společenské izolaci, bojuje proti stigmatizaci, pomáhá svým klientům získat a rozvíjet sociální dovednosti a schopnosti, nabízí chráněnou práci a poskytuje smysluplné trávení volného času.

Fokus Mladá Boleslav z.s.-středisko Nymburk svou nabídkou služeb všechny tyto oblasti pokrývá. Nabízí služby Terénního týmu, Centra sociální rehabilitace, Sociálně terapeutické dílny a nově i chráněné bydlení a služby vlastního pracovníka podporovaného zaměstnávání.

V praktické části této práce je popsán kvalitativní výzkum, jehož cílem bylo zhodnocení možností sociální rehabilitace ve Fokusu Mladá Boleslav z.s.- středisku Nymburk. Jako techniku výzkumného šetření jsem zvolila rozhovor (interview). Jeho výhodou je osobní kontakt s informantem a možnost dodatečného dotazování v případě nejasností. Nevýhodou kvalitativního výzkumu je, že získaná data nejsou zobecnitelná a dále časová náročnost sběru a přepisu získaných dat. Za pomoci tří dílčích cílů jsem zjistila, jaký vliv má sociální rehabilitace na schopnosti a dovednosti klientů, jak práci s klientem ovlivňuje jeho diagnóza a co může být při sociální rehabilitaci klientů s duševním onemocněním efektivní a co naopak účinnost rehabilitace snižuje. Z výsledků výzkumu usuzuji, že možnosti sociální rehabilitace ve Fokusu Mladá Boleslav z.s. – středisko Nymburk jsou velmi dobré. Pestrá nabídka

stávajících služeb a jejich rozšiřování tak, aby poskytované služby byly co nejvíce komplexní, dokazují snahu o poskytnutí kvality. Jako námět pro další výzkum z tohoto vyplývající bych volila opakované zhodnocení možností sociální rehabilitace ve Fokusu Mladá Boleslav z.s.-středisko Nymburk v časovém horizontu příštích pěti let. Cíl práce považuji za splněný.

Tato práce by mohla být přínosem pro poskytovatele obdobných služeb jako inspirace k jejich zlepšování a zároveň pro lidi mimo obor, kteří by se chtěli dozvědět o problematice lidí s duševním onemocněním více informací, než jen ty co mají z médií.

Seznam použité literatury

Tištěné zdroje:

BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie. *Psychoedukace u schizofrenie*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2012. ISBN 978-80-87142-16-5.

DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0139-7.

DOUBEK, Pavel. *Psychóza v životě - život v psychóze: příručka pro pacienty trpící psychózou a jejich rodiny*. Praha: Maxdorf, c2008. ISBN 978-80-7345-156-1.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.

KALINA, Kamil. *Jak žít s psychózou*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-563-6.

LIBERMAN, Robert Paul. *Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, c1988. ISBN 088048201X.

Manuál zapojení peer konzultantů do péče o duševní zdraví

MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5.

MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-502-8.

MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ (eds.). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.

Operační manuál, Tým sociální rehabilitace – case management

PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. 1. vyd. V Praze: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.

PRAŠKO, Ján. *Léčíme se s psychózou: co byste měli vědět o schizofrenii a jiných psychózách : příručka pro nemocné a jejich rodiny*. Praha: Medical Tribune Group, c2005. ISBN 80-239-5482-2.

RIDGWAY, Priscilla, Diane MCDIARMID, Lori DAVIDSON, et al. *Cesty k zotavení*. Přeložil Jitka CHARVÁTOVÁ. Lawrence: University of Kansas school of social welfare, 2014. ISBN 978-1-5031-7191-6.

STUČHLÍK, Jan. *Asertivní komunitní léčba & case management*, Fokus Books, Praha 2002

THORNICROFT, Graham. *Ti, kterým se vyhýbáme: diskriminace lidí s duševním onemocněním*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, c2011. ISBN 978-80-260-0302-1.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 5. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0225-7.

Elektronické zdroje:

Fokus Mladá Boleslav: *Služby pro klienty* [online]. [cit. 4. 10. 2016]. Dostupné z: <http://www.fokus-mb.cz/>

Mezinárodní klasifikace nemocí: *Vrozené vady* [online]. 2013 [cit. 7. 8. 2016]. Dostupné z: http://www.vrozene-vady.cz/vrozene-vady/mkn-tabelarni-cast_1-1-2013.pdf

NNP 2007: *Národní psychiatrický program 2007* [online], Česká psychiatrická společnost ČLS JEP. [cit.15.8.2016]. Dostupné z: http://www.ceskapsychie.cz/archiv/index.php?option=com_content&view=article&id=35&Itemid=42

ŘÍČAN, Pavel. *Úvod do komunitní péče o duševně nemocné* [online]. 2007 [cit. 20. 9 2016]. Dostupné z: http://www.crpdz.cz/dokumenty/uvod_do_komunitni_pece_pavel_rican.pdf

Standard péče poskytované v Centrech duševního zdraví (CDZ) [online], Psychiatrická společnost ČLS JEP 2016. [cit. 18. 9. 2016]. Dostupné z: http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/Standard_CDZ_final.pdf

Strategie reformy psychiatrické péče. Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013. [online] [cit. 12. 8. 2016]. Dostupné z: http://www.reformapsychie.cz/wp-content/uploads/2013/10/SRPP_publicace_web_910-2013.pdf

Zdraví 2020: Ministerstvo zdravotnictví ČR [online]. [cit. 15. 9. 2016]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20p%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2003_dusevni%20zdravi_.pdf

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. [online], MPSV ČR [cit. 13. 9. 2016]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/13929>

Seznam tabulek

Tabulka 1: Modely komunitní práce	21
Tabulka 2: Transformační tabulka	34
Tabulka 3: Seznam informantů	36

Seznam příloh

Příloha A: Soupis tazatelských otázek

Příloha B: Přepis rozhovoru – Informant č. 8

Příloha C: Rehabilitační plán

Příloha D: Krizový plán