

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FILOZOFICKÁ FAKULTA

KATEDRA SOCIOLOGIE, ANDRAGOGIKY A KULTURNÍ ANTROPOLOGIE

**PSYCHOSOCIÁLNÍ REHABILITACE U OSOB
S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM**

Bakalářská diplomová práce

Sociální práce

Soňa Kleščová

Vedoucí práce: Mgr. Martin Fafejta, PhD.

Olomouc 2021

Prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma „Psychosociální rehabilitace u osob s duševním onemocněním“ vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou literaturu a ostatní zdroje, které jsem použila.

V Olomouci dne

Podpis

Soňa Kleščová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Martinovi Fafejtovi, Ph.D. za vedení bakalářské diplomové práce, za cenné rady a připomínky, vstřícnost a trpělivost během konzultací.

Poděkování bych ráda věnovala i pomáhajícím pracovníkům za jejich ochotu, upřímnost a spolupráci v rámci výzkumu.

Také bych chtěla poděkovat za podporu své rodině a přátelům.

ANOTACE

Jméno a příjmení: Soňa Kleščová

Katedra: Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie

Obor studia: Sociální práce

Obor obhajoby: Sociální práce

Vedoucí práce: Mgr. Martin Fafejta, Ph.D.

Rok obhajoby: 2022

Název práce: Psychosociální rehabilitace u osob s duševním onemocněním

Bakalářská práce se věnuje tématu psychosociální rehabilitace u osob s duševním onemocněním. Cílem práce je zjistit a popsat bariéry, s kterými se setkávají odborní pracovníci v rámci psychosociální rehabilitace u lidí s duševním onemocněním. Jednotlivé bariéry budou poukazovat na problematická úskalí, s nimiž se pracovníci při práci s cílovou skupinou nejčastěji setkávají. Práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a empirickou. V teoretické části definuji komunitní pojetí péče o duševní zdraví, představuji proces psychosociální rehabilitace, multidisciplinární tým a jeho přístup. V závěrečné kapitole přibližuji problematiku vybraných duševních poruch. V empirické části popisuji metodologická východiska výzkumu, analýzu a interpretaci zjištěných dat. K naplnění práce byly použity polostrukturované rozhovory s participanty.

Klíčová slova: psychosociální rehabilitace, multidisciplinarita, lidé s duševním onemocněním, psychotické poruchy, bariéry

Title of Thesis: Psychosocial Rehabilitation for people with mental illness

The topic of the current Bc. thesis is psychosocial rehabilitation for people with mental illness. The objective is to find out and describe the barriers mental health professionals encounter when providing psychosocial rehabilitation to people with a mental health condition. The individual barriers refer to the difficulties professionals face the most often when dealing with the target group. The thesis consists of two parts – theoretical and empirical ones. In the theoretical part, a community approach to the treatment of mental health is defined, the process of psychosocial rehabilitation, the multidisciplinary team and its approach are presented. The final chapter gives characteristics of selected mental disorders. The empirical part contains description of the methodology of the research, analysis and interpretation of data collected. To fulfil the objective of the current thesis, semi-structured interviews with the participants were used.

Keywords: psychosocial rehabilitation, multidisciplinary approach, for people with mental illness, psychotic disorders, barriers

Počet literatury a zdrojů: 42

Rozsah práce: 90 stran

OBSAH

ÚVOD.....	8
TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1 Komunitní pojetí péče o duševní zdraví.....	10
2 Psychosociální rehabilitace	13
2.1. Vymezení pojmu a charakteristika.....	13
2.2. Psychosociální rehabilitace podle modelu CARE	16
2.3. Rehabilitační domény	18
2.3.1. Rehabilitace v oblasti bydlení.....	18
2.3.2. Rehabilitace v oblasti práce.....	20
2.4. Psychosociální a terapeutické přístupy	23
2.5. Zotavení	25
3. Multidisciplinární tým.....	28
3.1. Charakteristika týmu	28
3.2. Mezioborová spolupráce	30
3.2.1. Role, kompetence a zásady práce sociálního pracovníka.....	32
3.3. Spolupráce s rodinou	35
4. Vybrané duševní poruchy.....	38
4.1. Schizofrenie	38
4.2. Afektivní poruchy (poruchy nálady).....	42
EMPIRICKÁ ČÁST.....	46
5 Metodologie výzkumu	46

5.1. Cíl práce a výzkumné otázky.....	46
5.2. Volba výzkumné metody	48
5.3. Výzkumný soubor	49
5.4. Metoda sběru dat a etika výzkumu	51
5.5. Metoda analýzy a interpretace dat.....	53
6 Interpretace výsledků	56
6.1. Aspekty zdravotního stavu klienta.....	56
6.2. Míra podpory a péče	58
6.3. Postoje společnosti.....	61
6.4. Síť spolupráce	64
6.5. Práce a bydlení	70
6.6. Zodpovězení výzkumných otázek.....	75
Diskuze	75
Závěr	83
Seznam literatury a zdrojů	85
Seznam použitých zkratk	90

ÚVOD

Lidé s duševním onemocněním jsou ze skupiny lidí se zdravotním postižením nejvíce opomíjenou cílovou skupinou z hlediska návazné potřebné péče ve zdravotních a sociálních službách. Teprve v posledních letech je věnována bližší pozornost významným systémovým změnám v psychiatrické péči s ohledem na probíhající reformu psychiatrie v České republice. Cílem transformace psychiatrické péče je modernizace celého systému péče, s důrazem na lidská práva, respektu k druhé osobě a na zvýšení kvality pro zdravotně sociální modely služeb. Reforma zajistí přesun léčby pacientů z velkých psychiatrických léčeben do regionálních Center duševního zdraví, respektive do komunitní péče služeb tak, aby člověk s duševním onemocněním mohl nadále žít ve svém sociálním prostředí a udržet si standard kvality života. Staví systém péče o duševní zdraví na roveň samotného člověka v jeho nemoci k pomoci a podpoře. Vývoj proměny systému péče o duševní zdraví je a bude dlouhodobým procesem, který je ovlivněn dalšími faktory, hodnotami a nastavením legislativy, zdravotní a sociální politiky i tradičním způsobem zdravotní praxe.

V návaznosti na transformační změny v systému péče o duševní zdraví je metoda psychosociální rehabilitace užitečným a přínosným nástrojem v návazné péči o lidi se závažným duševním onemocněním. V našich podmínkách je především poskytována sociálními, případně sociálně zdravotními službami v nestátním neziskovém sektoru a zajišťována multidisciplinárními týmy. Multidisciplinarita umožňuje komplexní a koordinovaný přístup expertních pracovníků ze zdravotnické i nezdravotnické, sociální sféry.

V bakalářské práci *Psychosociální rehabilitace u osob s duševním onemocněním* se zaměřím na seznámení s metodou psychosociální rehabilitace poskytovanou sociálně zdravotními službami a její aplikací do praxe při přímé péči s lidmi se závažným duševním onemocněním. Psychosociální rehabilitace je proces, který je orientovaný na celkové zotavení, podporuje zlepšení kvality života lidem s duševním onemocněním, jejich aktivizaci a integraci do běžného života, (například v oblastech práce, bydlení, vzdělávání, sociální kontakty). V bakalářské práci se rovněž zaměřím na multidisciplinární model spolupráce s jinými subjekty, jenž má být součástí funkčního systému péče o duševní zdraví a umožňovat efektivnější průchod mezi segmentem zdravotních a sociálních služeb.

Hlavním cílem práce, která se dále člení na parciální cíle, bude zjistit a popsat bariéry, s kterými se setkávají odborní pracovníci v rámci psychosociální rehabilitace u lidí s duševním onemocněním. Jednotlivé bariéry budou poukazovat na problematická úskalí, s nimiž se pracovníci při práci s cílovou skupinou nejčastěji setkávají. Ústřední výzkumná otázka pro empirickou část práce se stala tato: **S jakými bariérami se setkávají pracovníci v rámci psychosociální rehabilitace u lidí s duševním onemocněním?**

Práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a empirickou. Teoretická část práce je dále rozdělena do čtyř kapitol, které se zaměřují na definování komunitního pojetí péče o duševní zdraví v kontextu sociální práce a proces psychosociální rehabilitace. Dále popisuje multidisciplinární tým a jeho přístup, představuje problematiku vybraných duševních poruch v závislosti na cílové skupině. Empirická část je rozdělena do dílčích kapitol, obsahující metodologická východiska výzkumu, analýzu a interpretaci dat, diskuzi s možnostmi využití závěrů výzkumného šetření.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Komunitní pojetí péče o duševní zdraví

V úvodní kapitole se zaměřím na definování pojetí komunitní péče o duševní zdraví v kontextu sociální práce. Psychosociální rehabilitace je součástí komunitní péče o lidi se závažným duševním onemocněním.

Mottem komunitní péče je *„zaměření na všechny základní potřeby klienta, nikoli jen na symptomy poruchy“* (Křička in Marková, 2006, s. 159). Podle Probstové (2014, s. 184-185) lze definovat komunitní péči jako *„široký soubor služeb, programů a zařízení, jehož cílem je pomoci lidem s duševní poruchou žít co nejvíce v podmínkách běžného života, subjektivně co nejuspokojivějším způsobem tak, aby mohly být co nejvíce uspokojeny jejich zdravotní, psychologické a sociální potřeby.“*

Cílovou skupinu komunitní péče o duševní zdraví tvoří lidé s duševním onemocněním se zkušeností s některým typem závažného duševního onemocnění (SMI). Tato cílová skupina je nejvíce ohrožena sociálním vyloučením a setkává se s různými druhy stigmatizace a diskriminace v oblastech svého života – v rodině, ve vztazích, v okolí, ve zdravotnictví, ve škole, v zaměstnání (Na rovinu, 2021).

Komunitní péče je komplex služeb a podpory, v jehož centru je klient. Komunitní sociální služby směřují k tomu, aby klientovi byla nabídnuta individuální podpora, která bude optimálně rozvíjet jeho schopnosti, dovednosti a nebude ho limitovat. Tato individualizovaná péče je směřována do přirozeného sociálního prostředí klienta a snahou je zlepšit jeho kvalitu života (Křička in Marková, 2006, s. 158-159). Komunitní přístup v péči o lidi s duševním onemocněním pracuje v součinnosti se

zdravotními a sociálními službami i se zdroji podpory v komunitě (Hejzlar, 2010, s. 146). Komunitní péče zahrnuje neformální podporu v komunitě, která představuje vzájemnou podporu samotných uživatelů péče (svépomocné skupiny, uživatelské kluby), dále podpůrnou síť klienta (rodina, přátelé, sousedé) a další zdroje v komunitě. Taktéž obsahuje formální specializované služby komunitní psychiatrie, jež zajišťují diagnostiku, léčbu, dispenzarizaci, edukaci a prevenci (Pěč in Hosák, 2015, s. 515-516).

Jak uvádí psychiatr Graham Thornicroft (2001) komunitní péče by měla naplňovat následující kritéria:

- Autonomie klienta
- Kontinuita a koordinace služeb
- Efektivita intervencí
- Dostupnost v čase a prostoru a přiměřená k potřebám klienta
- Komplexnost všech služeb a širokého spektra cílové skupiny
- Spravedlnost v rozdělení zdrojů
- Odpovědnost vůči klientům, odpovědnost vůči společnosti
- Výkonnost – co nejlepší poměr mezi náklady a výstupy.

Z odborných vyhodnocení vyplývají důležité poznatky týkající se porovnání komunitní péče s institucionální psychiatrickou péčí. Komunitní péče je považována za daleko přínosnější, jelikož zvýšila kvalitu života klientů, zlepšila jejich sociální funkce, snížila množství užívaných psychofarmak a počet hospitalizací. Také její finanční náklady nepřevyšují původní náklady na péči v léčebnách. Na straně druhé se objevují rizika patrná ve viktimizaci duševně nemocných nebo v nedostatečně zabezpečené zdravotní péči. Jedná se o případy, kdy člověk s duševním

onemocněním se ocitne bez náležité profesionální a rodinné pomoci (Pěč in Hosák, 2015, s. 517-518).

V první kapitole jsem se věnovala úvodu do komunitní péče při práci s lidmi s duševním onemocněním, abych definovala pojem komunitní péče o duševní zdraví a cílovou skupinu uživatelů. V další kapitole se již zaměřím na metodu a proces psychosociální rehabilitace.

2 Psychosociální rehabilitace

V této kapitole se podrobně věnuji procesu psychosociální rehabilitace, jež se pojí s tématem bakalářské práce. Představím model CARE jako komplexní přístup v psychosociální rehabilitaci, s nímž metodicky pracuje sociální služba, kde bude realizován výzkum. Dále popisují jednotlivé rehabilitační domény v oblastech bydlení a práce. V závěru této kapitoly se zaměřuji na proces zotavení.

2.1. Vymezení pojmu a charakteristika

Obecně pojmem rehabilitace v oblasti péče o duševní zdraví rozumíme *„širokou sbírku ideálů a praxí, které jsou zaměřeny na podporu funkčního zotavování a sociální emancipace lidí s psychickými omezeními. Při rehabilitaci není nejdůležitější postižení nebo podpůrný systém, ale představy klienta o vlastní budoucnosti“* (Van Weeghel in Pěč, 2009, s. 21).

V odborné literatuře jsou termíny psychosociální rehabilitace (dále jen PSR) a psychiatrická rehabilitace souběžně interpretovány s podobným významem. Cílovou skupinu tvoří lidé se závažným duševním onemocněním zejména z okruhu schizofrenních a afektivních poruch (Šupa in Vybíral, 2010, s. 475-476). Řada současných autorů se pokusila definovat poslání PSR jako soubor programů a intervencí, které mají pomáhat lidem se závažným psychiatrickým onemocněním zvýšit jejich úroveň nezávislého fungování ve společnosti, s co nejmenší mírou trvalé profesionální podpory (Probstová, 2014). PSR svými komplexními přístupy a metodami zastává významnou úlohu v komunitní péči, která by měla být dostupná všem lidem s psychickým onemocněním (Pěč et al., 2009). Proces rehabilitace je optimální zahajovat ve fázi po stabilizaci psychického stavu, tedy ve fázi následné péče, kdy přichází vhodný

prostor pro spolupráci a otevřenější dialog s klientem. Následně klientovi předáváme kompetence tak, aby pozvolna přebíral zodpovědnost za sebe (Páv, 2017, s. 39). Jinak řečeno tento přístup by měl být přítomný již během léčby a stal by se tak jeho určitým doplněním. To znamená, že zahájení rehabilitace by probíhalo při přijetí pacienta do nemocnice nebo při ambulantních návštěvách u psychiatra, čímž by zvýšilo efektivitu rehabilitační péče. Z klinické praxe je zřejmé, že rehabilitační programy jsou přijímány jako následný léčebný doplněk (Hejzlar, 2009).

U PSR se předpokládá koordinovaná práce multidisciplinárního týmu, jež je zastoupena odborníky různých profesí. Například psychiatr, psycholog, sociální pracovník, psychiatrická sestra nebo ergoterapeut (Hejzlar, 2010, s. 147).

Hlavními principy, jimiž se řídí PSR je přístupnost, komplexnost a široká kontinuita služeb. PSR se opírá o tyto dvě základní intervence:

1. rozvoj dovedností klienta
2. rozvoj zdrojů podpory v okolí klienta (Šupa in Vybíral, 2010, s. 475, 477).

K hlavním cílům rehabilitace patří zlepšení kvality života lidí s duševním onemocněním, zvládnutí příznaků nemoci, podpora v zotavení a jejich sociální začlenění. Člověk s duševním onemocněním nemusí být v plné klinické a sociální remisi, přesto může žít relativně spokojený život v sociálním prostředí podle své volby (Hejzlar, 2010, s. 147). Péče zaměřená na zotavení je zacílena na osobní dovednosti, schopnosti, silné stránky a na sociální fungování klienta než na jeho nemoc a deficit. Tento tradiční medicínský přístup, pro něhož je charakteristický paternalistický vztah lékař - pacient dlouhou dobu převládá v institucionální péči (Hollander, 2016, s. 152).

Služby PSR jsou zaměřeny na resocializační péči, čili na znovuzačlenění lidí s duševním onemocněním do společnosti především po dlouhotrvající ústavní péči (Pěč in Hosák, 2015, s. 514). „Pro klienty je (sebe)stigmatizace každodenním zdrojem starostí a velkou bariérou pro společenskou participaci. Není nic neobvyklého, že mnozí svou psychiatrickou zkušenost skrývají“ (Van Weeghel in Pěč, 2009, s. 23).

Programy PSR probíhají v součinnosti s rehabilitační a léčebnou péčí, čili jsou komprehenzivní, aby byla dosažena jejich vyvážená péče. Programy sestávají z množství intervencí a komplexní péče - biologické léčby, psychoterapeutické a sociální péče (Vachková, 2008). V rehabilitačním procesu je nezbytné respektovat možnosti i omezení klienta a současně posilovat jeho pozitivní hodnoty a vlastnosti. Efektivita spolupráce s klientem nutně nestojí na viditelném úspěchu. U klientů se závažným duševním onemocněním je zapotřebí mít reálné cíle a očekávání, porozumění a trpělivost (Vágnerová, 2004). Z podobných úvah vychází také teoretický koncept PSR. Konstatuje, že i přes stále úspěšnější farmakologickou a psychoterapeutickou léčbu vždy bude existovat procento klientů, kteří nebudou schopni profitovat z přístupů PSR, aby mohli vést kvalitní život bez projevů duševní nemoci. Podobně tak společnost nemusí být schopná vytvářet příznivé životní podmínky pro stabilní život člověka s duševním onemocněním (Šupa in Vybíral, 2010, s. 475).

Pro příznivou prognózu nemoci zůstává klíčové, kdy je zahájena farmakologická léčba a jak je respektován léčebný režim. Psychiatrická léčba dokáže výrazně zmírnit symptomy nemoci u pacienta, avšak má částečný vliv na jeho sociální fungování. Mnoho lidí se závažným duševním onemocněním jsou schopni žít mimo léčebná zařízení, ale

kvalita jejich života je omezena jejich funkčními postiženími (Pěč et al. 2009, s. 94, 100).

2.2. Psychosociální rehabilitace podle modelu CARE

Metoda CARE je komplexní, integrativní přístup v PSR zacílený na systematickou podporu klienta v různých oblastech života. Věnuje se rozmanitým sociálním faktorům ovlivňující kvalitu života klientů. Významným cílem je účinná podpora klienta v dosažení požadované kvality života a sociálního prostředí, ve kterém žije. Zásadním je navázání osobně profesionálního vztahu zaměřený na silné stránky klienta a osobní zkušenost lidí s duševním onemocněním (Hollander, 2016, s. 15-16).

Metoda CARE má za cíl odstraňovat různé překážky a zvyšovat příležitosti fungování v úrovních – klient, prostředí a společnost. Těžiště péče se mezi výše uvedenými úrovněmi vzájemně prolínají, abychom klientovi pomohli v naplnění jeho sociálních rolí a začlenili ho zpět do komunity (Křička in Marková, 2006, s. 176-177). V posledních letech model CARE integroval přístupy, které ho velmi ovlivnily. Prvním z nich byl koncept zotavení, další byl přístup založený na přítomnosti a na silných stránkách, který vychází z teorie zplnomocňování (Hollander, 2016, s. 16-17). Metodika CARE usiluje, aby společnost umožnila lidem v těžké životní situaci aktivně participovat. Při práci s klienty je třeba ovlivňovat jejich sociální prostředí, aby se stala participace reálnou volbou (Hollander, 2016, s. 21).

Rehabilitační proces se uskutečňuje v následujících fázích, cyklech: budování vztahu a rovnocenné vazby, mapování potřeb, přání a osobních preferencí, stanovení cílů, plánování – individuální a osobní plán, práce se zranitelností a s krizovým plánem, příprava plánu podpory a intervencí

odborníků, vyhodnocení vzájemné spolupráce (Páv, 2017, s. 44-54). Komplexní přístup PSR vychází z celostního přístupu a tvoří tyto základní pilíře: motivace, dovednosti, status, materiální a sociální podpora. Rehabilitační činnosti vždy působí v triádě – pracovník, klient, podpůrná sociální síť (rodina, příbuzní, přátelé, sousedé). Podstatnou roli v obnově sociálního zázemí sehrává pomoc a podpora od primární rodiny (Pěč et al., 2009, s. 111).

PSR podle metodiky CARE je založená na těchto obecných principech:

- Emancipace – znamená obnova sociálních rolí a zplnomocňování. Proces, kdy klient prosazuje svoje postavení a svá práva.
- Normalizace – klient se integruje do komunity bez ohledu na jinakost, nedostatečnost či omezení, aniž by přitom byl společností stigmatizován.
- Participace - klient se stává aktivním partnerem rehabilitace a postupně se podílí na rozhodnutích o své péči a intenzitě poskytované podpory (Šupa in Vybíral, 2010, s. 480).

Psychosociální metodika CARE v současných podmínkách České republiky se pozvolna implementuje do systému komunitních služeb, psychiatrických léčeben a nemocnic (Páv, 2017).

Podle Probstové (2014, s. 201) spadají služby psychosociální rehabilitace převážně do resortu sociálních služeb, ač tvoří přechod mezi sociální a zdravotní péčí. Legislativa v České republice a odlišné způsoby řízení dvou resortů zdravotnictví a sociální práce ve výsledku ještě více prohlubují propast mezi péčí zdravotnickou a sociální v komunitních službách. Probstová kriticky hodnotí stav komunitní péče o duševní zdraví

jako za nedostatečně zapojený do systému péče a nepropojený v celek s dalšími službami.

2.3. Rehabilitační domény

Kvalita života se vztahuje na **životní domény**, kam patří bydlení, práce, vzdělávání, volný čas. Neopomíjí ani **osobní domény**, jako je osobní péče, zdraví, bezpečí, sociální vztahy, smysl a účel v kontextu osobního života klienta. Domény jsou vzájemně provázané a určují oblasti spolupráce s klientem. Cílem je podpořit klienta v jeho autonomii, aby se mohl v co největší míře osamostatnit (Hollander, 2016, s. 19-20).

2.3.1. Rehabilitace v oblasti bydlení

Lidé s duševním onemocněním v České republice nejčastěji žijí v domácím prostředí, dále v léčebnách, v zařízeních sociálních služeb nebo jako lidé bez přístřeší. Podpora v bydlení by měla být této cílové skupině poskytována v jednom prostředí co nejdéle. To znamená, měla by diferenciovat míru podpory v rámci jednoho bydlení, než klienta přesouvat z jednoho bydlení do druhého. Preferuje se podpora bydlení v podmínkách domácího typu (Probstová in Matoušek, 2005, s. 145-146).

Rehabilitace v oblasti bydlení nabízí tyto specifické služby:

Asistence v domácím prostředí klienta, jedná se o bydlení ve vlastním bytě.

Chráněné bydlení - je služba určena klientům dlouhodobě nemocným se zvýšeným nárokem na asistenci pracovníka, z důvodu snížené soběstačnosti vlivem duševního onemocnění. Služba má alternovat hospitalizace, nebývá časově ohraničená. Pravidlem je soužití více osob.

Rehabilitační aktivity jsou nabízeny mimo objekt bydlení (Křička in Marková, 2006, s. 165).

Tréninkové bydlení – slouží pro upevňování kompetencí a praktických návyků samostatného bydlení po hospitalizaci pacienta. Služba je časově ohraničená, přítomnost asistence pracovníka je proměnlivá podle potřeby klienta. Od roku 2015 probíhá v Psychiatrické nemocnici Bohnice program zaměřený na nácvik samostatného života v tréninkových bytech, jenž je součástí ucelené rehabilitační péče. Cílem programu je umožnit lidem s duševním onemocněním, kteří jsou dlouhodobě hospitalizovaní vytvořit jim bezpečné podmínky pro přechod ze zdravotnického zařízení zpět do běžného života formou tréninkového bydlení. Součástí je i nastavení podpůrné péče, která by podporovala sociální začlenění klienta a redukovala by další hospitalizace (Zatrochová, 2016). Na podobném principu spolupracují se zdravotnickými subjekty v rámci následné extramurální péče a poskytují služby chráněného či komunitního bydlení další nestátní organizace v České republice, především sociální služby. Například: Baobab, Eset, Fokus, Bona, Modré dveře, psychoterapeutické sanatorium Ondřejov a Centra duševního zdraví, které vznikly v rámci reformy psychiatrické péče (Bohnice, 2021).

Sociální byty - mají dlouhodobý a trvalý charakter řešení v podpoře bydlení. Do budování služby se zapojuje místní správa. Klienti mají svého klíčového pracovníka, kterého kontaktují v případě potřeby (Křička in Marková, 2006, s. 165). Podle Valentové (in Mahrová, 2008, s. 131-132) jsou sociální byty v první řadě potřebné pro mladé klienty, kteří by se chtěli a měli odpoutat od primární rodiny. Také je řada klientů, kteří jsou schopni samostatného fungování a žití ve svém bytě nebo jsou klienti, jenž by změnu bydlení potřebovali v důsledku nevyhovujícího či nepřátelského rodinného prostředí. Nacházejí se v situaci, kdy bez rodičů nemohou existovat, ale s nimi také ne (Probstová in Matoušek, 2005, s. 147).

Podporované bydlení - je forma podpory, kdy klient žije ve vlastním bytě, k němu domů dochází asistenční služba v různých časových intervalech nebo v případě potřeby se na ně může obrátit. **Komunitní bydlení, Domy na půl cesty** - je typ bydlení, když v jednom domě společně žije více klientů, k dispozici je jim pracovník, většinou se 24 hodinovou službou. Pobyt je časově omezen, je předstupněm k samostatnější formě bydlení (Valentová in Mahrová, 2008, s. 131).

Služby poskytující podporu bydlení by měly odpovídat etapě klientova života, jeho funkční kapacitě a potenciálu rozvoje. Návlek a obnovení sociálních dovedností by mělo probíhat v přirozeném sociálním prostředí klienta. Mělo by být spojeno s budováním sociální sítě a napojení na další zdroje podpory. Nezbytností by mělo být obhajovat zájmy klienta v prostředí, kde je ohrožen a zabezpečit mu finanční podporu. Podpora bývá zacílena na posílení účasti klienta v procesu rozhodování. V individuálním plánování se zohledňují přání, očekávání klienta (Probstová in Matoušek, 2005, s. 146-147).

2.3.2. Rehabilitace v oblasti práce

Podle autora Pěče (2009, s. 117) lze hypoteticky rozdělit lidi s duševním onemocněním do skupin na ty, kteří ještě nejsou schopni být zaměstnáni, dále na ty, kteří přes svoje onemocnění pracují a na ty, kteří chtějí pracovat a z nichž si někteří opakovaně hledají práci. Ti posledně uvedení jsou klienty pracovní rehabilitace.

Pracovní rehabilitace je legislativně vymezena podle § 69 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti jako souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání pro osoby se zdravotním postižením, kterou zabezpečují krajské pobočky Úřadu práce na základě žádosti

uchazeče a hradí náklady s ní spojené. Žádost osoby se zdravotním postižením obsahuje její identifikační údaje, dále doklad osvědčující, že je osobou se zdravotním postižením. Pracovní rehabilitace podle § 69 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti zahrnuje poradenskou činnost zaměřenou na volbu povolání a zaměstnání nebo jiné výtěžné činnosti, teoretickou a praktickou přípravu pro zaměstnání, zprostředkování, udržení a změnu zaměstnání a vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání nebo jiné výtěžné činnosti. Krajská pobočka Úřadu práce ve spolupráci s osobou se zdravotním postižením sestavuje individuální plán pracovní rehabilitace s ohledem na její zdravotní způsobilost, schopnost vykonávat soustavné zaměstnání či jinou výtěžnou činnost a dle situace na trhu práce. Dále vychází z vyjádření odborné pracovní skupiny.

Osobami se zdravotním postižením podle § 67 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti jsou fyzické osoby, které jsou orgánem sociálního zabezpečení uznány - invalidními ve třetím stupni, invalidními v prvním nebo druhém stupni, nebo zdravotně znevýhodněnými a poskytuje se jim zvýšená ochrana na trhu práce.

Pracovně rehabilitační programy, jednotlivé formy podpory zaměstnávání cíleně kombinují sociální, rehabilitační, terapeutické funkce. Podmínkou úspěchu je existence pracovních míst mimo rehabilitační služby, v podmínkách běžného pracoviště (Kříčka in Marková, 2006, s. 167-169).

Chráněné pracovní dílny a tréninková pracovní místa poskytují nejvyšší míru chráněného pracovního prostředí pro klienty. Zahrnují tréninkové resocializační kavárny nebo pracovní dílny zaměřené na ruční řemesla a prodej výrobků. Finanční ohodnocení je buď symbolické, nebo žádné (Valentová in Mahrová, 2008, s. 132). Probstová (2014, s. 198-199) uvádí, že chráněné pracovní dílny jsou kritizovány pro vytváření závislostí na

podpůrném prostředí a pro jejich nedostatečnou přípravu na volný trh práce.

Chráněné pracovní místo podle § 75 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti definuje jako pracovní místo zřízené zaměstnavatelem pro osobu se zdravotním postižením na základě písemné dohody s Úřadem práce České republiky. Na jeho zřízení poskytuje Úřad práce zaměstnavateli příspěvek a musí být obsazeno po dobu tří let. Pokud osoba se zdravotním postižením uzavřela pracovní právní vztah v souladu se zákoníkem práce na chráněné pracovní místo, tak za práci mu náleží odměna formou mzdy nebo platu. Na rozdíl od sociální rehabilitace a sociálně terapeutických dílen, které se klientovi poskytují na základě smlouvy o poskytnutí sociální služby podle § 91 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Sociálně terapeutické dílny – podle § 67 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů se jedná o ambulantní služby poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, které nejsou kvůli svému zdravotnímu postižení umístitelné na volném ani chráněném trhu práce. Jejich účelem je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie, bez nároku na pravidelnou odměnu.

Podpůrné edukativní programy jsou určeny těm klientům, kteří pro své zdravotní omezení potřebují pomoc při hledání práce. Pro tento typ programu se užívá termín Job club. Jedná se o ucelený a časově omezený edukační program, který učí v teorii i praxi, jak a kde hledat práci, seznamuje s právy a povinnostmi uchazeče o zaměstnání, tak i zaměstnance. Přináší praktické rady, jak obstát v konkrétních situacích při

hledání práce. Podmínkou je, aby uchazeč měl zájem pracovat (Pěč et al., 2009, s. 121).

Sociální firma je podnikatelský subjekt, který vytváří pracovní příležitosti pro uživatele služeb, kteří jsou znevýhodněni na volném pracovním trhu. Poskytuje služby veřejnosti v rámci svých provozoven a svým zaměstnancům zajišťuje pracovní a psychosociální podporu. Nabízí minimální stupeň chráněných pracovních podmínek, zaměstnání není časově omezené, nevylučuje pozdější uplatnění na otevřeném trhu práce. Usiluje o překonávání předsudků vůči duševně nemocným a reaguje na potřebu pracovního uplatnění u těch, kteří již úspěšně absolvovali program pracovní rehabilitace (Kříčka in Marková, 2006, s. 168-169).

2.4. Psychosociální a terapeutické přístupy

Psychosociální intervence hrají významnou úlohu ve fázi psychické stabilizace a slouží k řešení potíží, na které medikace nestačí. Psychosociální přístupy se opírají o předpoklad, že vlivem chronického stresu dochází ke zhoršení průběhu nemoci. Cílem psychosociálních intervencí u klienta je zvýšit jeho míru odolnosti vůči stresu a tím snížit intenzitu působení stresujících vlivů v jeho bezprostředním okolí, v rodině a ve společnosti (Bankovská Motlová, 2004, s. 299). Jednotlivé intervence by měly odpovídat na různorodost klientových potřeb a jejich cílů. Uplatňují se kombinace jednotlivých rehabilitačních a terapeutických postupů. V praxi se využívají psychoedukace, psychoterapie, rodinné terapie, rehabilitace kognitivních funkcí, nácvik sociálních dovedností a další návazné komunitní služby (Praško, 2005, s. 40-43).

Psychoedukační programy jsou nezbytným podpurným prvkem v PSR. Zaměřují se na zvýšení informovanosti klienta a jeho rodiny o

duševní nemoci, léčbě, prognóze. Snahou je naučit klienta rozpoznat včasné varovné příznaky relapsu, pracovat se stresem, vypořádat se s onemocněním a poskytnout podporu jak klientovi, tak i jeho blízkým (Bankovská Motlová, 2004, s. 324-325). Programy přináší tyto účinné výsledky: zlepšení spolupráce při léčbě a v užívání medikace, redukcí četnosti relapsů a sebevražedného jednání, snížení míry emoční expresivity v rodině klienta, zvládání obtížných situací, v prevenci abúzu alkoholu a návykových látek (Tůma in Hosák, 2015, s. 221).

Na podobném principu funguje i **rodinná terapie**, která sestává s edukativní části, pokračuje tréninkem komunikace a nácvikem konstruktivního řešení problémů. Cílem terapie je v rodinném prostředí eliminovat hyperkritické a hostilní postoje či nadměrnou emoční angažovanost, která negativně ovlivňuje psychickou zranitelnost klienta i všeobecnou pohodu všech členů rodiny (Ocisková, 2015, s. 69, 86).

Psychoterapie představuje léčbu duševních poruch a stavů psychologickými prostředky. Cílem je zmírnit či odstranit potíže, ale také získat širší náhled a smysl, zvýšit úroveň sebepoznání, sebeakceptace, snížit kognitivní deficit, zlepšit psychosociální fungování a posílit osobní spokojenost v životě (Orel, 2016, s. 290). Psychoterapeutické modely užívané v rámci PSR představují širokou škálu. Nejčastěji se uplatňuje kognitivně behaviorální terapie, která bývá aplikována při depresivních a úzkostných stavech. Cílem terapie je ovlivnit kognitivní a hodnotící funkce a následné chování. Tedy snížit míru nepohody, kterou příznaky nemoci způsobují (Praško, 2005, s. 41). Další psychoterapeutické přístupy mohou být orientovány na interpersonální vztahy, adaptaci na onemocnění, krizovou intervenci, podporu v řešení aktuálních problémů, regulaci afektů či na prevenci relapsu. Psychoterapie probíhají skupinově nebo individuálně (Šupa in Vybíral, 2010, s. 485-487).

Pro člověka s duševní poruchou jsou sociální interakce složité. Nesvede správně interpretovat dění kolem sebe a adekvátně na to reagovat, sociálně se izoluje. K tomuto účelu slouží **nácvik sociálních dovedností**. Zaměřuje se na osvojení a rozvoj širokého repertoáru sociálních a komunikačních dovedností klienta, které potřebuje ve svém běžném fungování. Například: jednání s druhými lidmi, uspokojování potřeb a zájmů, řešení konkrétních sociálních situací a podobně. Doporučuje se individuální přístup šitý na míru každému z účastníků (Praško, 2005, s. 41-42). S nácvikem dovedností úzce souvisí **kognitivní rehabilitace**, jelikož poruchy sociálních funkcí a sociálních rolí nasedají na potíže v oblasti kognice. Snahou je pomocí různých cvičení zlepšit fungování jednotlivých úrovní kognitivních a exekutivních funkcí - paměť, koncentrace, pozornost a orientace, plánování, řešení problémů (Pěč et al., 2009, s. 77, 80).

2.5. Zotavení

Pojem zotavení, úzdrava (recovery) má mnoho významů a v současnosti neexistuje jednotná definice. Autor Pěč (2009, s. 103-104) popisuje proces zotavení jako úspěšnou životní adaptaci i přes přetrvávající symptomy duševní nemoci. Zotavení zahrnuje několik aspektů, v rámci něhož se musí lidé s duševním onemocněním zotavit: stigma duševní nemoci, negativní dopady z nezaměstnanosti, vedlejší účinky léčby, nedostatek příležitostí k sebeurčení a nenaplněné sny o budoucnosti. K zotavování výrazně napomáhá rehabilitační proces.

Vzhledem k vymezení procesu zotavení je důležité zmínit zásadní rozdíl mezi vyléčením a zotavením. Vyléčení z lékařského hlediska předpokládá návrat ke stavu před propuknutím nemoci, zatímco zotavení

je individuální proces uzdravování, v němž je více v popředí psychologické hledisko. Zotavení hledá způsob, jak se naučit žít s nemocí i s jejich dopady (Hollander, 2016, s. 23). Pro řadu lidí s duševní nemocí je prvořadé hlavně sociální zotavení, tedy pomoc ve zvládnutí překonávání stigmatu, které se nezbytně neváže na úplné vymizení symptomů (Foitová in Pěč, 2009, s. 220).

Zotavování je něco, co musí udělat sám člověk. Blízcí, rodina a profesionálové ho v tom mohou podpořit. Při zotavení se snaží lidé s duševní nemocí dát svému životu znovu obsah a pozitivní obrat. Přijmout svoji nemoc a její omezení, které zasahuje jejich běžný život. Často se musí zotavovat z psychiatrického stigmatu, protože duševní nemoc se mnohdy stala součástí jejich osobnosti, z nenaplněných přání o budoucnosti a z omezených možností, které jim poskytuje společnost. Pro zotavení z nemoci je důležitá naděje, perspektiva, podpora a posílení, která znamená kontrolu nad svým životem, rozhodování a přístupem k podpůrným zdrojům (Weeghel in Pěč, 2009, s. 20-21).

Zotavování spočívá ve znovunalezení identity a smyslu života, jehož součástí je odložení staré identity zatížené rolí klienta či pacienta. Mohou být přítomny známky truchlení, tedy zpracování traumatických zážitků a ztrát. 60% až 90% lidí s psychotickou zkušeností udává traumatické zážitky z dětství a u 40% pacientů vyvolávají psychotické prožitky v souvislosti s hospitalizací posttraumatickou stresovou poruchu (Hollander, 2016, s. 23-25). V rámci zotavení se u klientů objevují různé náročné situace, které lze pojmenovat jako zápasem mezi klientem a pracovníkem. Zejména k nim dochází ve chvíli, jakmile je profesionální vztah automaticky nadřazen klientovi. Nicméně model CARE klade důraz na osvojení horizontálního, rovnocenného vztahu. Pro tyto účely navázání vztahu je vhodný přístup založený na přítomnosti, který umožňuje vstup

do reality toho druhého. Podpora pomáhajícího pracovníka u zotavování má mít osobní a sociální rozměr (Hollander, 2016, s. 24, 38).

Podle psychiatra Raginse (2018) cesta k zotavení tvoří tyto čtyři etapy: naděje, zplnomocnění, přijetí zodpovědnosti za sebe samého a nalézání smysluplné role v životě. Jedná se o nelineární, osobní proces člověka, který může trvat po celý život a během něhož se objevují různé krize, zvraty či psychická selhání.

Proces zotavení se podle autora Páva (2017, s. 33) realizuje v určitých fázích, které je nutné respektovat. Úvodní fází je stabilizace akutního psychického stavu a získání kontroly nad projevy nemoci. Ve fázi reorientace potřebuje klient zpracovat prožité zkušenosti, aby se vyrovnal se změnou životní perspektivy a hodnot. Hledá nové způsoby, jak k sobě a ke světu přistupovat. A ve fázi reintegrace dochází k postupnému osvojení psychické a sociální integrity, znovuzískání smysluplného postavení ve společnosti.

V druhé kapitole jsem se zaměřila na charakteristiku procesu psychosociální rehabilitace. Uvedla jsem její principy, cíle a rehabilitační domény v oblastech bydlení a práce. V rámci PSR jsem představila metodiku CARE jako komplexní a integrativní model komunitní péče. V další části jsem se věnovala popisu psychosociálních intervencí a terapeutických přístupů, které jsou součástí některých rehabilitačních programů. V závěru kapitoly neopojím tematiku zotavení, neboť je zásadním cílem PSR.

V následující kapitole přiblížím význam a práci multidisciplinárního týmu.

3. Multidisciplinární tým

V třetí kapitole představuji charakteristiku multidisciplinárního týmu a její mezioborovou spolupráci při práci s lidmi s duševním onemocněním. Dále se věnuji spolupráci s rodinou a popisuji kompetence a roli sociálního pracovníka v týmu.

3.1. Charakteristika týmu

Podle Kodymové (in Jankovský, 2015, s. 41) můžeme multidisciplinární týmy (dále jen MDT) vnímat: „*v užším slova smyslu jako týmy pracovníků jednoho zařízení, nebo v širším slova smyslu jako všechny, kdo profesně přijdou do styku s určitým klientem/skupinou klientů.*“ V praxi sociální práce se jedná o spolupráci jednotlivých profesí s odlišnou odbornou specializací, vzděláním, způsoby a kulturou práce. Nejčastěji z řad sociálních a zdravotních pracovníků, psychologů, psychiatrů, lékařů, ergoterapeutů, právníků (Tamtéž, 2015, s. 41).

Praktické i efektivní pro organizaci jsou týmy se širokou rehabilitační spoluprací, v nichž konsensuálně a koordinovaně působí jednotliví specialisté se specifickou odborností. Tým je flexibilní a mobilní. Individualizovaná péče o klienta směřuje do jeho přirozeného sociálního prostředí (Hejzlar, 2010, s. 147). Terénní týmy využívají postupy včasné intervence. Jedná se o včasnou detekci symptomů a krizovou intervenci orientovanou na pomoc klientovi v psychické krizi. Tento přístup má pomoci lidem, u nichž se rozvíjí psychotické onemocnění nebo se u nich naplno projevila první psychotická ataka. Intervence se zaměřují na rychlou odezvu podpory v běžném prostředí klienta a na další strukturu péče se zapojením podpůrné sítě (Šupa in Foitová, 2016, s. 6-8).

Obecně lze říct, že tým tvoří praktickou strukturu pro každodenní práci. Struktura týmu je definována jeho uspořádáním, rozdělením úkolů a odpovědností. Týmový proces utváří interpersonální vztahy v týmové práci a způsob organizace práce, od prvního kontaktu s klientem po ukončení služby. Pro MDT je zásadní, aby pravidelně probíhaly případová setkání, na kterých se sdílí informace o aktuálním stavu klienta (Stuchlík, 2001, s. 40).

Každý tým, zejména při jeho budování potřebuje vyjasnění si vlastních rolí a vymezení si pracovních kompetencí. To platí i pro vedoucí týmu. Jednotliví pracovníci by měli znát veškeré informace pro výkon své profese s ohledem na cíl služby, v souladu s vizí MDT a péčí, které by měly vzejít ze vzájemné shody a nést prvek závazku, k němuž se pracovníci týmu mohou odvolávat. Plánování individuální péče určuje směr, kroky a rozhodnutí, které pak naplňuje MDT (Hrdá, 2018, s. 20, 33).

Osobnost člena v MDT by měla mít profesionální přístup, vzdělání, odborné kompetence pro výkon profese, chtít se učit, ctít a v praxi dodržovat etické kodexy. Osobnost vedoucího týmu musí podporovat spolupráci, usilovat o její rozvoj, měla by mít dovednosti tým manažersky vést a umět být k němu loajální. V praxi MDT se poměrně často setkáváme s nerovností ve vzdělání, která se na některých úrovních promítá v kooperaci (Hrdá, 2018, s. 53).

Odbornost a kompetence sociálních pracovníků v sociálních službách a ve zdravotnictví je vymezena zákonem. Podle § 10 zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů - zákon o nelékařských zdravotnických povoláních, za odbornou způsobilost

k výkonu povolání zdravotně sociálního pracovníka ve zdravotnických zařízeních se považuje činnost v rámci preventivní, diagnostické, rehabilitační a ošetrovatelské péče v oboru zdravotně sociální péče. Výkon k povolání sociálního pracovníka vyžaduje vzdělání podle § 110 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Podle § 109 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v sociální prevenci, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, koordinuje poskytování sociálních služeb.

3.2. Mezioborová spolupráce

Hlavním pilířem komunitních služeb v systému péče o duševní zdraví je multidisciplinární přístup, který integruje péči sociální a zdravotní. Budování multidisciplinárních týmů u nás podporují kroky v procesu transformace péče o lidi s duševním onemocněním (Stuchlík in Pěč, 2009, s. 151-152).

Týmová mezioborová spolupráce je složitý proces, zvláště pak mezi státními a nestátními poskytovateli služeb. Ovlivňuje ji ochota členů týmu ke spolupráci i tím, jak jsou vnímáni ostatními poskytovateli služeb a samotnými klienty. Nezbytností je průběžně vyhodnocovat kvalitu péče, důvěřovat jiným odborníkům a respektovat jejich pohled na péči, a to napříč odbornostmi a postavením. Rovněž by měl management investovat do soudržnosti týmu (Čadková-Svejkovská in Mahrová, 2008, s. 63, 66).

MDT kombinuje odborné znalosti profesionálů a vzájemného vzdělávání, je schopný zajistit komplexní a ucelený přístup na různorodé

potřeby uživatelů služeb a rozvíjí podporu kontinuální péče v oblasti zdravotní a sociální. Spolupracuje s dalšími odborníky. To je přínosem MDT (Páv, 2017, s. 89). Na straně druhé sebou přináší překážky, které se týkají rozdílných profesních přístupů k řešení problémů, různých pracovních dovedností a postojů, zkušeností, komunikačních technik, a v neposlední řadě odlišných pojetí etického kodexu příslušné profese (Kodymová in Jankovský, 2015, s. 43-44). Aby tým pracoval kvalitně a efektivně, je nutné si nastavit fungující podmínky spolupráce v heterogenní skupině pracovníků s různou kvalifikací. Pomocí těchto nastavených opatření můžeme zabránit mechanismům, které zásadním způsobem mohou mít dopady na organizaci spolupráce a interakce uvnitř i vně týmu. Konflikty týmu představují největší hrozbu pro kvalitu práce a promítají se v určité míře do kultury organizace (Kodymová in Jankovský, 2015, s. 44).

Účelem týmu v přímé péči je realizace cílů, tedy plánů péče. Ve středu zájmu je klient, který je nositelem rozhodnutí, případně do péče bývá zapojována rodina, blízcí klienta. V dalších krocích následuje cyklus sběru informací a identifikace potřeb, definování cílů a intervencí, realizace plánu a nakonec evaluace, zpětná vazba (Hrdá, 2018, s. 22-23). Je zřejmé, že komunikace v týmu a komunikace týmu s okolím v rámci mezioborové spolupráce musí být samozřejmostí a nutností. Tým by měl dodržovat techniky efektivní komunikace: asertivní komunikaci, aktivní naslouchání, konstruktivní kritiku (Kodymová in Jankovský, 2015, s. 46). Umění domlouvat se je klíčovou dovedností týmu, avšak tou nejnáročnější. Pokud se tým nedohodne na společném cíli, jak bude konkrétně postupovat, mohou rozdílné postupy vést k tenzi uvnitř týmu a intervence mohou být dokonce kontraproduktivní (Hrdá, 2018, s. 25-26). Na kvalitě poskytované péče týmem se odráží tyto další aspekty: systém předávání

informací mezi členy týmu nebo mezi týmy navzájem, organizační struktura MDT nutná pro fungování týmu, modely odborné praxe, komunikační styl mezi členy a jejich osobnostní charakteristiky, práce s kapacitou (Hrdá, 2018, s. 29). Podle Kříčky (in Marková, 2006, s. 159) komunitní péče není všemocná a jsou nevyhnutelné situace, kdy klient potřebuje hospitalizaci. Během hospitalizace pracovník navštěvuje klienta. Spolupráci a komunikaci mezi lůžkovou psychiatrickou péčí a komunitními službami považuje Kříčka za problematickou. Zejména ze strany psychiatrických léčeb s ohledem na jejich spádovou oblast. Tyto geografické determinanty podstatně limitují kontakt sociálních služeb s klientem.

V rámci mezioborové spolupráce přichází člověk s psychickými potížemi do kontaktu nebo alespoň by měl: při prvních potížích se obrací na pomoc praktického lékaře či psychologa. Zde obvykle bývá doporučen k návštěvě psychiatra. Psychiatr provede diagnostiku, navrhuje postup léčby a medikaci. Vztah psychiatra a pacienta je zásadní a určuje průběh léčby. Lékař musí umět provádět psychoedukace, pracovat s emocemi pacienta, udržet si profesní hranice, být oporou. Ve zdravotní péči se pacient ještě setkává s psychiatrickými sestrami. Provázejí pacienta po celou dobu hospitalizace nebo v rámci terénních služeb poskytují urgentní péči. V následné péči může dojít ke spolupráci s dalšími odborníky a sociálními službami, kteří navazují kontakty s pacienty již během hospitalizace (Čadková-Svejkovská in Mahrová, 2008, s. 60-63).

3.2.1. Role, kompetence a zásady práce sociálního pracovníka

Sociální pracovník v MDT má splňovat jistá profesní kritéria, osobnostní předpoklady a dovednosti, aby úspěšně podporoval růst a prosperitu týmu, kvalitu služeb a zajišťoval koordinaci týmu (Tajanovská

in Jankovský, 2015, s. 29). Z pohledu Probstové (in Matoušek, 2005, s. 143) „sociální pracovník přináší do týmu svou kvalifikaci pro práci s lidskými vztahy a s životními podmínkami, které ovlivňují schopnost nemocných naplňovat své životní cíle a uskutečňovat plány nebo které jim opakovaně způsobují problémy.“

Předpokladem sociálního pracovníka pro práci s lidmi s duševním onemocněním je osvojit si znalosti symptomatiky a dynamiky duševních poruch, terapeutických intervencí, ale i standardů zdravotní a sociální péče. Mohou se specializovat v oblastech psychiatrické a sociální rehabilitace, psychoterapie (Probstová in Matoušek, 2005, s. 136).

Kompetentní pracovník dodržuje etiku své práce a umí citlivě zacházet s informacemi o klientovi. Provádí sociální šetření, umí sestavovat a realizovat plán intervencí, vědět, jak práci vyhodnocovat a ukončovat. Připravuje klienta na přechod z hospitalizace do domácího prostředí. Koordinuje návaznou péči a zabezpečuje podmínky v životě klienta - práce, bydlení, finanční zajištění, sociální kontakty. Poskytuje klientovi systematickou podporu a monitoring v zátěžových situacích. Sestavuje s ním krizový plán v případě zhoršení stavu (Probstová in Matoušek, 2005, s. 137). Úloha sociálního pracovníka v systému služeb pramení ve vzájemné kooperaci, provázání státního a nestátního sektoru, sféry péče zdravotní a sociální. Podporuje síťování služeb a zajišťuje komplexní péči o klienta. Mnohdy je pro klienta jediným pojítkem s okolním světem (Mahrová, 2008, s. 46-47).

Práce s lidmi s duševním onemocněním je náročná, klade značné nároky na komunikaci s klientem, kvalitu vztahu a přístupu. Je důležité, aby sociální pracovník ke všem klientům přistupoval s respektem a bez předsudků, naslouchal jim se zájmem. Dobře navázaný kontakt je předpokladem k úspěšné spolupráci. Jinak probíhá spolupráce s klientem,

který je stabilizovaný a jinak, který přichází v akutní krizi. Projevy a styl jednání klienta v krizi mohou být narušeny jeho vnitřní realitou, například bludy (Valentová in Mahrová, 2008, s. 126-128). Pro pracovníka může být úskalím již počáteční kontakt s klientem nebo udržet si s ním spolupráci. Psychický kontakt pro člověka s duševním onemocněním není snadný, jelikož má potíže své pocity zformulovat a sdělit. Další překážka ze strany klienta může plynout z opakovaných zkušeností se systémem péče a lidmi v něm pracujícími. Klient může mít pochybnosti o kompetentnosti pracovníka (Probstová in Pěč, 2009, s. 44-45).

V případech, kdy je náročné navázat kontakt s klientem, pokud existují překážky v komunikaci, pomoc odmítá nebo vyhýbá se, tak je vhodné využít různých komunikačních strategií – vyhýbání se, pozorná přítomnost, facilitace, informování a podobně. Strategie tak umožní vyladit přístup ke konkrétnímu klientovi v konkrétní situaci (Hollander, 2016, s. 92-94).

Práce s klientem je založena na osobně profesionálním vztahu. Úkolem pracovníka je vytvářet partnerský vztah a být odpovědný za udržení hranic profesionálního vztahu. Základní rámeček tohoto vztahu tvoří hranice času a prostoru, tedy fyzické hranice a vymezení času kontaktu. Další nastavení představují hranice pomoci a kontroly, které se opírají o princip partnerství. Pracovník se snaží vytvořit mocensky symetrický vztah (Venglářová in Mahrová, 2008, s. 98-100). Jak výše vyplývá, ve vztahu zaujímá pomáhající pracovník různé role a postoje, které sebou přináší značnou odpovědnost a povinnosti. Nabízet aktivní podporu znamená jí poskytovat tam, kde je skutečně třeba a především je tak vnímána z pohledu klienta (Hollander, 2016, s. 80, 88).

3.3. Spolupráce s rodinou

Do procesu spolupráce vstupují kromě řady profesionálů i rodinní příslušníci klienta. Je důležité, aby byli považováni za dalšími členy týmu a nebyla jejich účast a hodnota podceňována, jak tomu mnohdy je (Kodymová in Jankovský, 2015, s. 41). Rodina a blízcí jsou onemocněním nejsilněji ovlivněni, neboť nejčastěji žijí ve společné domácnosti. Rodina svým přístupem může buď pozitivně stimulovat svého rodinného člena v resocializaci a zotavování anebo ho negativně ovlivňovat a vytvářet různé překážky (Čadková-Svejkovská in Mahrová, 2008, s. 63). Vyrovnat se s onemocněním člena rodiny je velmi těžké, rozhodující vliv má také sdělení závažné diagnózy lékařem. Rodina prochází náročným vývojem od pocitů viny, obviňování, izolace, popírání vážné diagnózy, odrazování příbuzného od léčby až po vztahovou krizi, která může vést k rozpadu rodiny. V další fázi, již rodina přijímá diagnózu a léčbu jako skutečnost a upíná se v naději, že průběh nemoci bude patřit k těm prognosticky lepším. Ve fázi rezignace hrozí pozvolné vyhasínání emočních vazeb k nemocnému, čímž se zvyšuje riziko k jeho dlouhodobému či trvalému psychiatrickému pobytu (Páv, 2017, s. 77-79).

Rodina je objevením nemoci zaskočena a často pátrá po vysvětlení jejich příčin. Stále srovnává, jaký byl jejich blízký předtím a jaký je teď. Rodina by ráda pomohla, ale jejich úsilí se zdá být marné. Jejich blízký si uvědomuje změnu, která se s ním stala, někdy jí potlačuje, často jí velmi trpí. Brání se přijmout nemoc do svého života, později jí však přijímá s úlevou, přináší mu vysvětlení, pomoc i ochranu. Klient, případně rodina, která odmítá přijmout duševní nemoc, pak obtížně navazuje spolupráci při léčbě a nemusí také vyhledávat odbornou pomoc (Kalina, 2001, s. 22-23, 31).

Na rodinu je bezesporu přenesena zvýšená zodpovědnost, řešení problémů a emocionální i ekonomická zátěž, kterou se svým blízkým prožívají i po mnoho let zcela samy. Snadno se uchylují do hyperkritických nebo hyperprotektivních postojů. Tyto emoční aspekty se často objevují v rodinách, jejichž příbuzný trpí schizofrenií a jsou reakcí na jejich dlouhodobý stres a vypětí. Na straně druhé účast rodiny na péči a cílech je zásadní, umožňuje lepší spolupráci. Některé rodiny jsou dobrými partnery v léčbě a za podpory edukací významně pomáhají příbuznému (Praško, 2011, s. 380-381). Avšak jsou také rodiny, které si opakovaně stěžují na přístup lékařů a personálu, kteří jim neposkytují dostatečné informace a nevěnují se jim. Naproti tomu psychiatři se obhajují tím, že na začátku nemoci nemohou odhadnout další vývoj onemocnění a poskytnout tak konkrétní informace. Je zřejmé, že podobné komunikační bariéry vzniklé na obou stranách je potřeba překonávat, neboť se ukazuje, že míra informovanosti příbuzných a jejich aktivní partnerství v léčbě podporuje proces zotavení u člena rodiny (Páv, 2017, s. 79).

Práce s rodinou a sociální sítí klienta se stává součástí práce MDT. Odpovědný za jeho koordinaci je sociální pracovník. Spolupráce může být individuální nebo skupinová. Práce s rodinou spočívá ve zmapování vztahové situace, analýze podpůrné sítě a v následných intervencích. Cílem těchto intervencí je reagovat na potřeby rodin a klientů. Pracovník se snaží ovlivnit prožívání a chování příbuzných i tím, že jim pomáhá nahlédnout, jak mohou nadměrně vyjadřované emoce zvyšovat riziko relapsu nemoci (Probstová in Matoušek, 2005, s. 144-145). Potřeby členů rodin dále zahrnují: psychoedukace, informace o návazné péči a její zapojení do léčby, podporu ve zvládnání komunikace a soužití, pomoc ve zvládnání krizových situacích. Plán spolupráce s rodinou je založený na snaze získat je pro partnerství v léčbě a rehabilitaci, měl by být součástí

terapeutického plánu (Páv, 2017, s. 79-80). Sociální pracovník by si měl být vědom toho, že potřeby rodinných příslušníků jsou jiné než u klientů. Často chtějí sdílet vlastní zkušenosti, potřebují emoční podporu, poradit, zabezpečit život svých dětí do budoucna. Navíc jsou odlišné potřeby rodin u mladých klientů, rodin u klientů s mnoholetou zkušeností s duševním onemocněním, sourozenců, partnerů a rodin, kde trpí onemocněním dva jejich členové (Probstová in Matoušek, 2005, s. 145).

Další formy spolupráce a pomoci rodinám představují svépomocné skupiny klientů a jejich příbuzných či organizace pacientů s psychickými poruchami, které začali zakládat rodinní příslušníci. Cílem těchto setkání je pomáhat vyrovnat se s duševní poruchou a se stigmatizovaným postavením ve společnosti, poskytnout podporu lidem s duševní nemocí a jejich rodinám (Praško, 2011, s. 379-380).

V třetí kapitole jsem přiblížila charakteristiku multidisciplinárního týmu a její mezioborovou spolupráci, včetně spolupráce s rodinou klienta. Nastínila jsem různá úskalí při mezioborové spolupráci a při přímé práci s cílovou skupinou. Dále jsem se zaměřila na kompetence, náplň práce a roli sociálního pracovníka v MDT.

V poslední kapitole se budu věnovat charakteristice vybraných duševních poruch z okruhu psychotických onemocnění.

4. Vybrané duševní poruchy

Závěrečná kapitola teoretické části obsahuje charakteristiku vybraných duševních poruch z okruhu psychotických onemocnění. V klasifikaci duševních poruch vycházím ze soudobého Mezinárodního klasifikačního systému duševních nemocí (MKN-10). Věnuji se pouze vybraným závažným duševním onemocněním pro potřeby této diplomové práce. Tato kapitola nemá za cíl přiblížit lidi s duševním onemocněním prostřednictvím popisu duševních poruch či diagnóz, ale čtenáře blíže seznámit s tím, jak se projevují psychotická onemocnění a jakým způsobem ovlivňují životy lidí s touto závažnou nemocí.

Výklad pojmu psychotická porucha je značně variabilní a zahrnuje širokou škálu poruch s rozdílnými symptomy. Psychotická onemocnění narušují vztah člověka k realitě, ovlivňují jeho vnímání, cítění, myšlení, mění strukturu osobnosti a snižují kvalitu lidského života. Člověk v psychóze obtížně odlišuje, co je a co není skutečné (Praško, 2005, s. 8-10).

V dalším textu již představím dvě nejzávažnější psychotická onemocnění.

4.1. Schizofrenie

Schizofrenie patří mezi nejčastější a nejzávažnější psychotická onemocnění se sklonem k progresi a chronifikaci. U schizofrenie jsou charakteristické psychotické příznaky jako přítomnost bludů, halucinací a podivného či nesrozumitelného chování člověka (Češková, 2012). Psychózu lze popsat jako *„duševní onemocnění, které mění prožívání člověka ve vztahu k okolí a k sobě samému“* (Praško, 2005, s. 8).

Klinické příznaky u schizofrenie úzce provázejí prožitky psychotické derealizace a depersonalizace. Jedná se o ztrátu kontaktu s realitou a

poruchu sebeuvědomění jedince (Ocisková, 2015, s. 45). Člověk nemocný schizofrenií slyší nebo vidí věci, které nebývají reálné, a pod vlivem těchto představ jedná nepřiměřeně. Struktura jeho osobnosti se pozvolna mění. V důsledku nemoci bývá snížena jeho schopnost navázat a udržet si vztahy ve svém okolí nebo se uplatnit v zaměstnání a ve společnosti (Libiger in Hosák, 2015, s. 181-182).

K charakteristickým symptomům schizofrenie patří:

- poruchy vnímání - ozvučené hlasy, intrapsychické halucinace.
- poruchy myšlení – zahrnují poruchy dynamiky, obsahu a formálního myšlení. Např. bludy s paranoidním obsahem, inkohrentní myšlení a řeč.
- poruchy emocí - emoční oploštělost, staženost nebo excitace, vzrušivost, která narušuje porozumění i domluvu s okolím.
- poruchy chování – apatie, bezcílnost, negativismus, halucinatorní chování, nápadné poruchy motoriky, stupor, vosková ohebnost (Orel, 2016, s. 171).

Podle Vágnerové (2015, s. 336-337) můžeme rozdělit schizofrenní příznaky na pozitivní, negativní a na kognitivní deficit. Pozitivní příznaky, například bludy, halucinace, bizarní chování jsou běžné v akutní fázi onemocnění. U negativních příznaků se jedná o projevy deficitu normálních emočních reakcí a myšlenkových procesů. Například: emoční oploštělost, pasivita, neschopnost navázat přátelské a intimní vztahy, neschopnost jednat cílevědomě, ztráta motivace, chudost obsahu řeči, sociální stažení. Zpravidla jsou hůře léčitelné oproti pozitivním příznakům.

Kognitivní deficit představuje poruchy poznávacích (kognitivních) funkcí, zejména pozornost, paměť a učení. V popředí dominuje i postižení

exekutivních (řídících) funkcí. Například schopnost plánovat, řešit problémy, realizovat dílčí kroky. Má za následek selhávání v každodenních činnostech, jako v práci, při studiu a v sociálních kontaktech (Libiger in Hosák, 2015, s. 181-182).

Dalším typickým příznakem u člověka trpící schizofrenií je nedostatečný náhled na svoji nemoc, jenž komplikuje motivaci k léčbě. Zdráhá se přijmout stanovenou diagnózu duševní poruchy. Zejména na začátku své nemoci si vytváří ambivalentní vztah k pravidelnému užívání předepsaných léků, především kvůli projevům nežádoucích účinků (Vágnerová, 2004, s. 343). Nemocný se logicky domnívá, že mu nic není a nepotřebuje léčbu. Jedním z důvodů bývá obava z předsudků od okolí, která může vrhat špatné světlo na člověka s duševním onemocněním a na jeho rodinu. Člověk trpící duševní nemocí se často za svou nemoc stydí a bojí se jí přiznat před svými blízkými anebo v zaměstnání (Kalina, 2001, s. 51-55).

Nástup onemocnění schizofrenií je nenápadný a může trvat několik měsíců až let než propukne první psychotická ataka čili epizoda. Ve většině případů si vyžaduje hospitalizaci a farmakoterapii. Jako spouštěč nemoci se převážně popisují různé formy stresu nebo abúzus psychoaktivních látek (Fišar, 2009, s. 216).

Uvádí se, že člověk s duševním onemocněním nedokáže adekvátně zpracovat stresovou zátěž (například nejistotu v sociálních kontaktech, emoční konflikty v rodině, náročnou životní událost). Tento psychosociální stres může opět nepříznivě vést k relapsu onemocnění. V neposlední řadě se promítá do zhoršení sociálních dovedností a sociální izolaci (Ocisková, 2015, s. 47-48). Každá ataka znamená velkou zátěž nejen pro nemocného, ale i pro jeho blízké, osoby pečující. Ataka nemoci nese sebou změny

v psychice i v běžném fungování. Vždy oslabuje odolnost nemocného vůči stresu. Lidé psychicky nemocní důsledkem své nemoci, leckdy v životě ztrácí své přátele, zájmy, školu, zaměstnání, finanční jistoty (Praško, 2005, s. 18-19). Průběh a prognóza u schizofrenie bývá velmi variabilní, tak jako pestrost symptomů této nemoci. Čím dříve je zahájena léčba, tím větší je v budoucnu šance na její příznivý vývoj či zotavení. Schizofrenie je závažná nemoc, ale je léčitelná (Orel, 2016, s. 171). Průběh psychózy mívá fáze nástupu, vrcholu a vyhasínání. Nejprve hovoříme o prodromálním období, kdy se objevují příznaky před propuknutím nemoci (Kalina, 2001, s. 29). Schizofrenie probíhá jako epizodické onemocnění, tzn. projevující se atakami a remisemi s narůstajícím nebo trvalým defektem. U ataky hovoříme o fázi propuknutí nemoci. Remise vypovídá o úplném nebo o neúplném ústupu příznaků (Probstová, 2014, s. 49). Po odeznění akutní fáze je většina pacientů propuštěna z nemocnice do domácí péče. I po propuštění někdy mohou přetrvávat určité reziduální příznaky nemoci, jež jsou převážně spojeny s negativními příznaky. Jedná se o oslabení anebo ztrátu běžných funkcí, úbytek adaptačních schopností či o nedostatečnou sebek péči (Vágnerová, 2004, s. 351-352). K recidivě nemoci dochází až u 60 % pacientů, nejkritičtější období je prvních 9-12 měsíců (Kalina, 2001, s. 32).

Propuštění pacienta z hospitalizace je plánované, rozhoduje o něm lékař a musí být informována jeho rodina. Pacientovi musí být zajištěna následná péče v adekvátní formě (Blatnická in Marková, 2006, s. 84-85). Navzdory snaze o zpětný návrat do pracovního a vzdělávacího procesu, ve většině případů tato závažná duševní nemoc vede k různému stupni invalidity a k vyřazení z produktivního života (Praško, 2005).

4.2. Afektivní poruchy (poruchy nálady)

Typickým projevem afektivní poruchy je „chorobná nálada, která neodpovídá reálné životní situaci nemocného a narušuje jeho uvažování, jednání i somatické funkce. Jejím důsledkem jsou adaptační poruchy a sociální selhávání“ (Vágnerová, 2004, s. 369).

Afektivní poruchy označujeme podle emočního ladění na fáze depresivní, manické a smíšené s bipolárním průběhem. Jednotlivé fáze probíhají v epizodách a během života se opakují (Ocisková, 2015, 75-78).

Bipolární afektivní porucha

Bipolární afektivní porucha (dále jen BAP), známá též pod starším označením maniodepresivní psychóza, je afektivní onemocnění vyznačující se dvěma či více epizodami, při nichž je výrazně narušena úroveň nálady a aktivita člověka (Gay, 2010, s. 28-29). Stanovení správné diagnózy BAP je komplikované a někdy může uplynout i několik let. V mezidobí, pak pacient vystřídá péči u několika lékařů. Obecně platí, že čím dříve je zahájena vhodná léčba, tím menší jsou psychosociální dopady v životě člověka i jeho blízkých (Doubek, 2013, s. 12-15).

Podle Látalové (2010, s. 21-45) základními stavy BAP jsou:

- 1) Mánie, hypománie
- 2) Deprese
- 3) Smíšené epizody – v nichž dochází k přesmyku z jedné fáze do druhé anebo se obě fáze vzájemně mísí. Mánie a deprese mohou probíhat v různé intenzitě, nebo se vyskytují přidružené psychotické příznaky.
- 4) Remise, tzv. bezpříznakové období nebo také stadium stabilizace nemoci, v němž se člověku trpící BAP postupně vrací emoční

stabilita a schopnost přiměřeně reagovat na podněty. Trvat může několik měsíců i let. Je přítomna zvýšená vulnerabilita vůči stresu.

V manické fázi je typická patologicky zvýšená nálada, euforická, expanzivní nebo podrážděná až zlostná. Lidé během manické fáze se cítí fyzicky a duševně výborně, mají zvýšené sebevědomí a sebehodnocení, sníženou potřebu spánku, jídla a tekutin. Převládá u nich nadměrná činorodost nebo tělesný neklid, roztržitá pozornost, snížená kritičnost a myšlenkový trysk. Podobně i řeč bývá překotná, rychlá a hlasitá (Doubek, 2013, s. 9-17). Člověk během mánie snadno navazuje různé společenské kontakty, má sklony k promiskuitě. Jedná ukvapeně, impulzivně a sociálně neomaleně. Rád hazarduje, velkolepě plánuje, zbytečně utrácí a zadlužuje se. Pro okolí bývá velmi nápadný, později nesnesitelný až agresivní se sklony k násilí. Když jim někdo z okolí naznačí, že jejich nálada a chování je nepřiměřené, mohou reagovat velmi podrážděně. Mánie trvá minimálně týden, objevit se mohou psychotické příznaky, jako bludy a halucinace. Manický stav je závažný psychický stav, který si vyžaduje hospitalizaci a léčbu (Látalová, 2010, s. 21-23).

Depresivní fáze je charakteristická smutnou náladou, pocity beznaděje, zoufalství, anhedonií, neschopností se rozhodnout, zpomaleným myšlením, poklesem energie a sníženou motivací. Člověk v depresivní fázi není schopen kvalitního odpočinku, trpí poruchou spánku, který je přerušovaný a předčasně ukončený ranním probuzením. Časté je nechutenství. Běžně se vyskytují projevy bezcennosti, nicotnosti, sebeobviňování nebo známky úzkostného neklidu (Gay, 2010, s. 38-40). Lze diagnostikovat lehkou, střední a těžkou depresivní epizodu (Orel, 2016, s. 180-182).

Uvedené obtíže zažívají lidé s diagnózou BAP různě, co se týče zmíněné intenzity projevů, délky trvání epizod, frekvence jejich výskytu nebo odolnosti vůči indukované léčbě (Vágnerová, 2015, s. 386-389). U BAP je vysoký výskyt relapsů od první epizody, přibližně 60-80%. Proto velmi záleží na tom, aby lidé s tímto onemocněním se naučili rozpoznat včasné varovné příznaky nemoci, dodržovali nastavenou léčbu a pravidla správné životosprávy. V případě relapsu jim může sloužit připravený krizový plán. Obsahuje vzájemnou dohodu o podmínkách pomoci, snaží se eliminovat mnohé dopady a napětí v rodině. Krizový plán lze společně sestavit v koalici s rodinou, ošetřujícím lékařem a sociálním pracovníkem (Doubek, 2013, s. 17-24).

Pro sociálního pracovníka není lehké navázat kontakt s člověkem v manické fázi, obvykle odmítají pomoc, necítí se být nemocní. Většinou podnět k intervenci dává okolí a klient se již nachází v těžší fázi mánie, kdy je nezbytná hospitalizace a farmakoterapie. Sociální šetření odpovídá mapování jednotlivých životních oblastí, včetně rodinné situace, rozsahu škod vzniklé vlivem manických epizod, jejichž dopady pomáhá pracovník zmírnit. Jedná se o dluhové poradenství, mezilidské konflikty a ztráty materiální, finanční a sociálních kontaktů. Zaměřuje se na vnitřní prožívání klienta, pocity viny, studu, strachu z návratu nemoci. Spolupráce s rodinou spočívá v psychodeukacích, ve zlepšení rodinné komunikace. Přínosné je zapojení klienta do psychoterapie (Probstová, 2014, s. 72-73, 84).

Sociální pracovník pokud se setkává s člověkem se zkušeností s depresivní epizodou, jeho úkolem je provést v rámci šetření rozhovor, aby o něm získal co nejvíce informací. Zaměřuje se hlavně na aktuální potíže v sociálním a pracovním fungování, míře jeho poškození a zneschopnění. Nezbytností je důkladně šetřit riziko suicidia, případně co

nejrychleji vytvořit plán dalšího postupu, průběžně tyto rizikové situace posuzovat a zaměřit se na jejich prevenci. Důležité je umět navázat a udržet vztah s klientem, získat si jeho důvěru. Pracovníci v rámci šetření mohou využívat technik pro rozpoznání symptomů prostřednictvím doplňkových posuzovacích škál (Probstová, 2014, s. 81-83).

V závěrečné kapitole teoretické části jsem se zabývala charakteristikou jednotlivých psychotických onemocnění vzhledem k vybrané sociální službě, která pracuje s cílovou skupinou s lidmi se závažným onemocněním, kde bude probíhat výzkumné šetření. V textu jsem přiblížila dynamiku psychotických poruch a specifika v přístupu pomáhajícího pracovníka při práci s lidmi s duševním onemocněním.

V následující části, již naváží na empirickou část bakalářské diplomové práce, kde představím realizaci a výsledky výzkumného šetření.

EMPIRICKÁ ČÁST

V teoretické části práce byl vymezen teoretický rámec, který slouží pro následné empirické šetření. Empirickou část práce rozdělují do několika částí. Nejprve vymezují metodologii výzkumu, poté popisují analýzu dat a interpretaci výsledků s ohledem na strukturu parciálních výzkumných otázek. V poslední části práce se věnují diskuzi. V závěru shrnují výsledky své práce a hodnotím dosažení cíle výzkumu.

5 Metodologie výzkumu

V metodologické části výzkumu vymezují cíl práce a výzkumné otázky. Popisují zvolenou výzkumnou metodu, nástroje sběru dat, poté jejich následnou analýzu a interpretaci. V této kapitole také představují výzkumný soubor, s kterým bude realizované výzkumné šetření.

5.1. Cíl práce a výzkumné otázky

Teoretická část práce pojednává o specifické metodě psychosociální rehabilitaci s lidmi se závažným duševním onemocněním v sociální komunitní práci. Rehabilitační práce s cílovou skupinou lidí s duševním onemocněním je převážně zajišťována multioborovým týmem a registrovanými sociálními službami v nestátním neziskovém sektoru. Cílem výzkumné práce je zjistit, s jakými bariérami se setkávají odborní pracovníci v rámci psychosociální rehabilitace při práci s lidmi se závažným duševním onemocněním, tyto bariéry identifikovat a popsat. Formulace ústřední výzkumné otázky zní takto: **S jakými bariérami se**

setkávají pracovníci v rámci psychosociální rehabilitace u lidí s duševním onemocněním?

Jednotlivé bariéry by měly poukazovat na aktuálnost problematických úskalí a rizik, s kterými se nejčastěji setkávají pomáhající pracovníci při práci s cílovou skupinou. Tyto bariéry se pravděpodobně vyskytují na různých úrovních, třeba na straně samotného klienta, organizace či pracovníka. Případně mohou objevovat nedostatky v systému zdravotní a sociální péče v rámci kooperační činnosti. Lze předpokládat, že bariéry mohou být vzájemně provázané a v různé míře ovlivňovat přímou péči o klienta, tak i rozsah a kvalitu poskytovaných služeb v návazné péči.

K zodpovězení hlavní výzkumné otázky jsem si stanovila parciální cíle a výzkumné otázky, které budou představovat zúžení a konkretizování výzkumného problému. Současně budou důležitým pilířem při interpretaci výsledných závěrů výzkumu. Z výše uvedeného jsem stanovila dílčí cíle a výzkumné otázky, jimiž jsou:

- **Cíl:** Identifikovat bariéry při přímé péči s klienty a jeho rodinou. Popřípadě zjistit, jak se tyto bariéry projevují ve spolupráci s rodinou a klientem.

Výzkumná otázka: S jakými bariérami se setkávají pracovníci v rámci PSR při přímé práci s klientem a jeho rodinou?

- **Cíl:** Zjistit a popsat jak vypadají bariéry ve spolupráci s dalšími subjekty, (na úrovni multioborového týmu dané organizace, na úrovni externí spolupráce s dalšími subjekty).

Výzkumná otázka: S jakými bariérami se setkávají pracovníci PSR při spolupráci s dalšími subjekty?

- **Cíl:** Zjistit a popsat bariéry při naplňování konkrétních cílů klientů, a to zejména v oblastech bydlení a zaměstnávání lidí s duševním onemocněním.

Při konkretizaci tohoto cíle se zaměřuji na oblasti bydlení a práce. Vycházím ze zkušeností pracovníků sociální služby, kde bude realizován výzkum, kteří považují tyto dvě oblasti v životě klientů jako nejčastěji řešenými sociálními zakázkami, s nimiž se setkávají při své práci. Bydlení, práce, zprostředkování kontaktů se sociálním prostředím a problematika rodinných vztahů jsou stěžejnými oblastmi v životě lidí s duševním onemocněním, v nichž potřebují zajistit pomoc a podporu.

Výzkumná otázka: S jakými bariérami se setkávají pracovníci v rámci PSR při naplňování konkrétních cílů klientů, zejména v oblasti práce a bydlení?

5.2. Volba výzkumné metody

Pro výzkumnou práci použiji kvalitativní metodu výzkumu s ohledem na téma a cíl práce, formulaci výzkumných otázek a sběru dat. Výzkumem se pokusím zodpovědět na uvedené výzkumné otázky prostřednictvím polostrukturovaného interview, analýzou a interpretací dat a tímto naplnit cíl práce. Podle Dismana (2011, s. 285) kvalitativním výzkumem rozumíme „*nenumerické šetření a interpretace sociální reality. Cílem tu je odkrýt význam podkládaný sdělovaným informacím.*“

Předností kvalitativní výzkumu je, že dokáže „*do hloubky a kontextuálně zakotveně prozkoumat určitý široce definovaný jev a přinést o něm maximální množství informací.*“ (Švaříček 2007, s. 24)

5.3. Výzkumný soubor

Výzkumným souborem jsou komunikační partneři z řad odborných pracovníků z multidisciplinárního týmu pracujících v sociální službě s cílovou skupinou lidí se závažným duševním onemocněním. Výběr participantů, potažmo i sociální služby je záměrně zvolen s ohledem na samotné zaměření výzkumu práce. Postup byl takový, že nejprve jsem oslovila ředitele a zaměstnance vybrané sociální služby s nabídkou možné účasti na výzkumném šetření a seznámila je s výzkumným projektem. Výzkum je prováděn se sedmi participanty, kteří projeví zájem na účasti výzkumu a souhlasili s interview.

Výzkumný vzorek tvoří účastníci výzkumu, kteří vykonávají odlišné profese a náplň práce v rámci multidisciplinárního týmu. Výzkumný soubor se skládá z ambulantních a terénních sociálních pracovníků, psychologů, socioterapeutů, kteří mají letité pracovní zkušenosti v oblasti péče o duševní zdraví. Díky tomu mohou svými cennými zkušenostmi obohatit výzkumné šetření o nové poznatky. Pro účely výzkumu budou osobní údaje všech participantů anonymizovány.

Výzkum probíhal ve vybrané sociální službě, jejíž představitel vyslovil poučený souhlas s těmito aktivitami a vyjádřil souhlas se zveřejněním základních informací o sociální službě. S ohledem na anonymizovaná data o sociální službě jsem zvolila popis jiné sociální služby, která svými principy, posláním a rozsahem služeb v oblasti péče o duševní zdraví nejbližší odpovídá výzkumnému souboru. Základní informace o formě a činnosti poskytovaných služeb jsou popsány dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Nestatní organizace Fokus je registrovaným poskytovatelem sociálních služeb, jež zajišťuje ambulantní a terénní formu služeb pro cílovou skupinu lidí se závažným duševním onemocněním z okruhu psychotických onemocnění. Dlouhodobě se věnuje komplexní komunitní péči a podpoře lidem s duševním onemocněním. Z činností ambulantní služby je poskytování sociální rehabilitace a volnočasové aktivity. Terénní služby vedou k sociálnímu začlenění nebo slouží jako prevence sociálního vyloučení. Cílem služby je zlepšení kvality života klienta jak po stránce psychické, zdravotní i sociální. Klientem služby mohou být dospělé osoby od 18 let věku se závažným duševním onemocněním, nebo jejich rodinní příslušníci, blízcí se zkušeností s psychotickým onemocněním. Podmínkou pro využívání služeb je aktivní vztah k léčbě, kdy klienti musí být v ambulantní psychiatrické péči (Fokus Praha, 2021).

Podle § 70 odstavec 1 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů je sociální rehabilitace definována jako: *„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.“*

Další službou je provozování centra duševního zdraví (dále jen CDZ) vycházející ze Strategie reformy psychiatrické péče, schválené Ministerstvem zdravotnictví ČR. Služby CDZ zahrnují multidisciplinární tým, poskytují komplexní nabídku zdravotně sociální služby zaměřené především na terénní práci v domácím prostředí člověka s duševním onemocněním. Konkrétně zajišťují psychiatrickou a sociální rehabilitaci, doprovody k lékaři, na úřady a podpůrnou pomoc v domácím prostředí, ale i služby včasné intervence. Cílovou skupinou jsou lidé se závažným

duševním onemocněním z okruhu psychóz a rodinný příslušníci. Podmínkou je aktuální bydliště ve spádové oblasti (Fokus Praha, 2021).

5.4. Metoda sběru dat a etika výzkumu

Samotný sběr dat probíhal formou polostrukturovaného interview se sedmi participanty z řad pomáhajících pracovníků sociální služby, kteří souhlasili s rozhovorem pro účely výzkumu. Podle Hendla (2016, s. 168) polostrukturované dotazování se vyznačuje „*definovaným účelem, určitou osnovou a velkou pružností celého procesu získávání informací.*“ Rozhovor patří mezi nejvíce využívané explorační metody kvalitativního výzkumu a polostrukturované interview je nejčastěji zvolenou metodou pro sběr dat. Vyžaduje náročnější technickou přípravu, neboť si vytváříme určité schéma s okruhy otázek, na které se budeme účastníků ptát. Výhodou je také možnost pokládat doplňující otázky (Miovský, 2006, s. 159-161). Jak uvádí Hendl (2016, s. 173-175) je formulování otázek do interview nejdůležitější strategií, protože určuje, jak budou účastníci odpovídat. Klíčové otázky v interview by měly být otevřené, neutrální, citlivé, jasné a nejprve zaměřené na přítomnost. Otázky by neměly mít sugestivní a hodnotící aspekt. Důležité je umět vytvořit atmosféru důvěry, poskytnout participantovi informace o účelu otázky a zpětnou vazbu o průběhu rozhovoru, která pomáhá udržet jeho motivaci. Významnou roli v rozhovoru hraje přístup k dotazovanému a postoj vůči obsahu sdělení.

Podobnými zásadami jsem se řídila při vedení interview a kladení otázek. Jádro interview tvořilo schéma pěti připravených tematických okruhů a otázek, jež vycházely z výzkumných otázek. V průběhu interview bylo nutné reflektovat a hodnotit validitu odpovědí participantů i pomocí doplňujících otázek na konkrétní zkušenosti z jejich praxe.

V úvodu každého interview jsem participantovi znovu představila výzkumný projekt, načež již většina participantů reagovala svým plynulým vyprávěním, do něhož jsem vstupovala až ve chvíli, kdy jsem se konkrétně doptávala účastníka ke sděleným informacím anebo jsem pokládala další tematické otázky tak, aby rozhovor plynul dále i v jiných tématech. Při formulaci otázek jsem se snažila vyhýbat jakékoliv typům otázek zatíženým manipulací, hodnocením či sugescí. V otázkách jsem vycházela ze studia z primární a sekundární literatury k dané problematice. Všechny rozhovory s participanty jsem se snažila vést empatickým a respektujícím přístupem.

Jelikož každý z participantů má jiné profesní zaměření, avšak v příbuzném oboru, tak předpokladem bylo, že psycholog bude schopen podat podrobnější informace o bariérách v oblasti psychologické práce s klientem či rodinou, než o bariérách z pohledu terénního sociálního pracovníka.

S jednotlivými participanty jsem se předem dohodla na konkrétních setkáních v různých dnech. Tato setkání probíhaly osobně přímo v prostorách organizace a to pouze s pracovníkem, bez přítomnosti dalších osob anebo formou video hovorů přes sociální platformy Skype nebo Zoom. Prostředí online pro realizaci rozhovorů bylo svým způsobem limitující v tom, že nemohlo zcela vytvořit příjemnou a důvěrnou atmosféru osobního kontaktu a plynulé konverzace, jak tomu bylo při osobním setkání s komunikačními partnery. Navíc do online rozhovorů mohlo kdykoliv vstupovat riziko možných technických potíží.

Participanty před začátkem rozhovoru jsem ujistila o tom, že informace, které mi sdělí, považují za důvěrné a budu s nimi nakládat výlučně pro účely své bakalářské práce a budou anonymizovány.

Participantů vyjádřili informovaný souhlas s účastí na výzkumu. V rámci realizace interview nebyl žádný z participantů vystaven riziku a situacím, které by mohly vést k porušení etických zásad.

Obvykle interview trvalo 60 až 90 minut, z čehož jeden rozhovor byl rozdělen na dvě setkání a trval dohromady dvě hodiny. Sběr dat probíhal průběžně v roce 2020 a 2021, během nichž jsem data simultánně zpracovávala a shromažďovala. Jednotlivé rozhovory byly se souhlasem všech participantů nahrávány na mobilní diktafon a poté přepisovány do elektronické podoby ve wordu. Po doslovné transkripci textu byla data systematicky uspořádána za účelem jejich analýzy.

5.5. Metoda analýzy a interpretace dat

V této podkapitole se budu zabývat metodami analýzy a interpretací získaných dat. Podle Švaříčka (2007, s. 16) je kvalitativní analýza a interpretace dat *„hledáním sémantických vztahů mezi nimi a spojování deskriptivních kategorií do logických celků.“*

Získaná data jsem analyzovala prostřednictvím otevřeného kódování, které popisuje autor Švaříček (2007, s. 211-217) jako proces, kdy text rozdělíme na fragmenty, tedy na jednotlivé významové jednotky a následně jim přiřadíme názvy, kódy. Jedná se o označené fragmenty textu, jež se odlišují od ostatních kódů a jsou ve vazbě k výzkumným otázkám. Mohou obsahovat slovo, slovní spojení, větu, odstavec, které určujeme podle významu. S kódy dále pracujeme, můžeme je revidovat, průběžně vyhodnocovat a třídit. Z kódů vytváříme kategorie, v nichž jsou kódy zařazovány do tematických skupin. Takto kódy mohou získat větší abstrakci (Miovský, 2006).

Proces analýzy dat by se měl dokumentovat, aby se tak zajistila jejich transparentnost a kontrola kvality. Pro zpracování dat mohou sehrát roli některé počítačové programy (Hendl, 2016, s. 227, 404). Pro účely analýzy kvalitativních dat a jejich vyhodnocování jsem pracovala s počítačovým programem ATLAS/ti, jež umožňuje proces kódování dat a seznam kategorií, tvorbu poznámkového aparátu, kognitivních map a podobně. V programu jsem získaná data, jednotlivé textové rozhovory, podrobila otevřenému kódování a kódování druhého řádu, tedy reanalýzy. Pro lepší přehlednost a snazší další zpracování dat. Tyto kódy jsem spojovala do větších celků, které již tvořily základ pro výsledné, ústřední kategorie. Při procesu kódování jsem si průběžně zapisovala různé poznámky, které jsem především využila při zkoumání a porovnávání vzájemných vztahů, procesů mezi jednotlivými kódy a kategoriemi.

Na základy otevřeného kódování je možné postavit řadu dalších analytických technik podle zvoleného výzkumného designu. Metodou interpretací dat jsem zvolila techniku výklad karet. Jak uvádí Švaříček (2007, s. 226) výzkumník vezme kategorizovaný seznam kódů, kategorií a uspořádá je do určité linky. Na základě tohoto uspořádání sestaví text, který je převyprávěním obsahu jednotlivých kategorií. Pro účely této práce není nutné využít všechny zmíněné kódy, kategorie, které jsme vytvořily. Můžeme si vybrat ty, které se vztahují k výzkumné otázce a podle toho, jaká je mezi nimi vzájemná souvislost.

Z analýzy dat vyplynuly hlavní kategorie, o nichž se většina komunikačních partnerů určitým způsobem zmiňovala. Jedná se o:

- Aspekty zdravotního stavu klienta
- Míra podpory a péče

- Postoje společnosti
- Síť spolupráce
- Práce a bydlení

Samotné kategorie pak tvoří osnovu pro následující kapitolu interpretaci výsledků.

6 Interpretace výsledků

V této kapitole se budu věnovat již samotné interpretaci výsledků výzkumu v návaznosti na zpracovaná data. Názvy samotných kategorií mi poslouží jako názvy jednotlivých podkapitol. Na závěr odpovídám na dílčí výzkumné otázky.

6.1. Aspekty zdravotního stavu klienta

Tato kategorie interpretuje z pohledu participantů v přímé péči negativní projevy duševní nemoci v závislosti na interakci klienta, rodiny, okolí. Kategorie se vztahuje k dílčí výzkumné otázce: s jakými bariérami se setkávají pracovníci v rámci PSR při přímé práci s klientem a jeho rodinou?

Z rozhovorů s participanty vyplynulo, že nejčastěji se při přímé péči u klientů setkávají s absencí náhledu na svoji nemoc, s nestrukturovaností, nedochvilností a sníženou mírou motivace. Nízká míra motivovanosti u klienta se může různě lišit a je zejména ovlivněna faktory, mezi něž patří negativní příznaky duševní nemoci, chudé sociální podněty a stimuly z okolí v důsledku sociálního stažení. Podle participantů kolísavá míra motivace ovlivňuje postoje klienta ke změně, bývá překážkou u nastavování spolupráce a v jeho zapojování do aktivizačních programů. V souvislosti s náhledem klienta ohledně zdravotních změn, hlavně v počátku onemocnění, dotazovaní zmiňovali, že na vyhledání odborné pomoci dochází mnohdy ze strany okolí, převážně rodiny. Podle participantů u klientů s nedostatečným náhledem na nemoc je zvýšené riziko, že nebudou služby vyhledávat a kontaktovat, obtížně jsou k tomuto kroku motivováni. **P1:** „ Součástí té nemoci je, že oni si neuvědomují nebo aspoň v těch prvních fázích vůbec, že nějakou nemoc mají...A odráží se to potom v tom, že ti klienti, co by to nejvíc potřebovali, nechodí ... Tady klientům spíš tvrdí lidi

z okolí a rodina, že mají problém ...“ Většina participantů poukazovala na zvýšenou pozornost u zdravotního stavu klienta po hospitalizaci s ohledem na její možná rizika. Podle nich se jedná o křehký stav, do jisté míry ovlivněný zkušenostmi s režimovým pobytem v léčebně. Rekonvalescenci považují za období, kdy pro některé klienty není snadné vyhledat a akceptovat další odbornou péči, proto pracovníci kontaktují pacienty během pobytu v léčebně. Z rozhovorů dále vyplývá, že většina klientů krátce po hospitalizaci se snaží navázat na své původní pracovní schopnosti, sociální role a překračují tím své limity na úkor svého zdraví. Nemoc se jim záhy vrací. **P4:** *„Když je po hospitalizaci, tak ty jeho schopnosti, kondice a vůle jsou pro něho daleko více oslabený.“* **P2:** *„Ten člověk občas přijde a hned si začne myslet, že má léky, cítí se trošku líp a může naběhnout do toho původního života...“*

Interakce a vztahy v rodině klienta v různé míře ovlivňuje průběh duševní pohody a spolupráci se službou. Podle dotazovaných někteří klienti při zhoršení stavu se sociálně izolují, vyhýbají se pomoci. Konflikty v rodině a dlouhodobý stres označovali dotazovaní jako spouštěče relapsu. Míra nároků a požadavků na klienta by podle názorů participantů měla být přizpůsobena fázi nemoci. **P1:** *„Když má člověk špatnej průběh a je dekompenzovanej, zhrouceněj, tak ty požadavky by měly být minimální.“*

Z výzkumu bylo zjištěno, že je potřeba se zaměřit na včasné psychoedukace pacientů a jejich rodin personálem v léčebně, hlavně u klientů se zkušeností s první atakou nemoci a eliminovat tak rizika, jako vzplanutí další ataky, rehospitalizace, absence náhledu na nemoc. **P1:** *„Nejvíc se věnovat těm mladým v těch počátcích jejich léčby, protože kolikrát nevědí, která bije a vůbec jim pomoci ten psychotický zážitek integrovat do života.“* **P7:** *„Je hrozně důležitý, jak to podají tomu pacientovi jeho diagnózu, jak ho*

zaedukují i jeho rodinu.“ P2: „Bariéra je edukace ze strany psychiatrů a zdravotních sester.“

Polovina participantů sdělovala obtíže klientů v oblasti navazování komunikace. Podle nich jsou mnohdy interakce u klientů natolik stresující, že raději omezují sociální kontakty, pouze na kontakt s pracovníkem, případně s primární rodinou nebo s klienty, které znají ze sociální služby. Pro pracovníka je obtížnější u méně komunikativního klienta identifikovat jeho potřeby, cíle a případně pomoc.

6.2. Míra podpory a péče

Tato kategorie interpretuje z pohledu participantů míru podpory, péči poskytovanou pracovníky v přímé péči formou terénní i ambulantní služby. Dále popisuje podporu rodiny a její vliv na klienta. Kategorie se pojí s výzkumnou otázkou: S jakými bariérami se setkávají pracovníci v rámci PSR při přímé práci s klientem a jeho rodinou?

V úvodu je nezbytné uvést informaci o tom, že u této cílové skupiny podporu zajišťuje sociální služba, nikoliv péči, ta může být poskytnuta rodinou, službami sociální péče. Participantů uvádí, že se běžně setkávají s vysvětlováním o rozsahu poskytovaných služeb, protože představy zájemců o službu jsou zcela odlišné. Mnohdy se jedná o záměnu s pečovatelskými službami, o představu, že služba bude řešit problémy za klienta. Tato očekávání obvykle souvisí s nároky osvojené z léčebny, na které byly pacienti zvyklí, ale nejsou v souladu s principy a cíli sociální rehabilitace. Z výzkumu vyplynulo, že poptávka klientů a rodin o formu pečovatelských služeb je v regionu nedostatečně zasíťována a dostupná. Dotazovaní uváděli, že mnohdy museli odmítnout zájemce o službu, jelikož

nespadali do cílové skupiny nebo požadovali typ služby, kterou sami neposkytují.

Klienti přichází do sociální služby především na doporučení psychiatra či léčebny. Lékařské doporučení, zprávu o zdravotním stavu sama služba vyžaduje. Podle participantů je spolupráce s klientem, který přichází z vlastní potřeby a motivů lepší, než v situaci, kdy je přiveden třetí osobou. Reference třetí osoby je pro pracovníky úskalím v tom, že není zřejmé, zda zájemce o službu prezentuje své potřeby a očekávání od sociální služby nebo rodina. Mnohdy důvodem docházky do sociální služby je přání rodiny. **P4:** „...co mu může dát v takové situaci, kdy on je tam vlastně částečně nedobrovolně, protože, když žije ve společné domácnosti a někdo z rodiny to dá jako podmínku fungování v té rodině.“ Z výzkumu bylo patrné, že zásadní vliv rodinného zázemí klienta, míra jejich podpory se odráží na osobním a sociálním fungování klienta, ovlivňuje jeho samostatnost, zdravotní stav, motivaci i budoucnost. **P1:** „Ti lidi, kteří byli aspoň nějak honěni, tak z toho můžou teď čerpat, když zůstanou sami. Právě problémem je u nich ta soběstačnost, aby se naučili, jak se o sebe postarat.“ Participant v rozhovorech zmiňovali klienty, již se snaží osamostatnit, vymanit ze závislosti na péči blízké osoby, protože jejich potřeby, názory nejsou rodinou akceptovány. Participant takovou podporu označovali za kontraproduktivní i pro další vývoj spolupráce s klientem a jeho rodinou. **P5:** „Zakázka s klientem je třeba kontakt se společenským prostředím a rodina toho klienta ho spíš sama drží doma.“ **P2:** „Musí se přizpůsobit názoru své rodiny, který má úplně opačný názor a od toho se odvíjí ty potřeby.“

V souvislosti s podporou o člena rodiny se participant setkávali s rozdílnými přístupy rodin, jedná se o kritické nebo hyperprotektivní rodiče. Dopady, které se podle participantů objevují v důsledku postojů rodiny, mohou být neadekvátní míra nároků a požadavků, která by měla

být přizpůsobena fázi nemoci, zvyšování závislosti na péči blízké osoby, sociální stažení, dekompenzace stavu, odmítání nemoci a léčby. Všichni participanti vypovídají o tom, že rodina výrazně ovlivňuje život klienta.

P3: „Podpora rodiny má svoje velký plus a minus. Když to funguje v rodině je to nezastupitelná role. Ale rodina, která nefunguje a zhoršuje stav ...“

Pro participanty je zásadním faktorem při přímé práci mít vybudovaný partnerský vztah a důvěru, který je významný při práci v krizové intervenci s klientem. Navázání kontaktu klienta s pracovníkem, jak popisovali, není snadný přístup. *P3: „Je pro něho kontakt s cizíma lidma náročný, takže vůbec než si vytvoří nějaký bezpečný vztah i s pracovníkem, tak to dost často trvá.“ P4: „Musíme čekat, jestli se nám podaří ukázat tomu klientovi, že ta spolupráce není takový strašák, že to může být pro něho přínos.“* Většina participantů hodnotila svoji práci jako náročnou, specifickou, neboť vyžaduje specifickou podporu, důvěru, bezpečný vztah a teprve poté práci na určité zakázce. Podle participantů je nezbytné u této cílové skupiny umět citlivě pracovat s hranicemi vztahu, individuálně je přizpůsobovat klientovi, reflektovat, vysvětlovat a využívat technik, jak pracovat s pasivitou klienta. Podle dotazovaných mnozí klienti projektují své nenaplněné potřeby na pracovníka, hledají v něm kamaráda, o kterého vlivem nemoci přišli, nebo pečovatele a očekávají, že pracovník bude tyto role suplovat. Někteří participanti spatřovali náročnost své práce ve znalosti umět vybalancovat hranice v kolektivu s ohledem na odlišné individuální přístupy ke klientům. *P5: „U hodně klientů se setkávám s tím, abych držel bariéru mezi tím, jestli jsem sociální pracovník nebo kamarád. Je důležitý, aby mě klient viděl v roli sociálního pracovníka.“ P7: „To rozhodnutí necháváme vždy na klientovi, dáváme mu zpětný vazby a nejsme ti, co na něho tlačí. Je to těžký vyvážit u této cílovky.“* Někteří dotazovaní jako za překážku, která ovlivňuje jejich pracovní motivaci, uváděli situace, kdy opakovaně

téměř nechodí klienti na aktivity služby a pracovník s nimi počítá, připravuje programy. Podobně popisovali skladbu volnočasových aktivit, výletů, které musí přizpůsobovat nízkým finančním možnostem klientů a zároveň naplňovat jejich zájem.

Vyšší riziko práce participantů spatřují v terénní než v ambulantní formě práce. Klienty znají, jak v akutním psychotickém stavu, tak i ve stabilním stavu v jeho běžném životě oproti zdravotnickému personálu, který se setkává s klientem, jakmile je ve zhoršeném stavu nebo přichází po měsíci na lékařskou kontrolu **P2:** „Teréňáci řeší větší riziko toho, když jdou ke klientovi domů. Nikdy neví, do čeho jdou, jaké je čeká riziko nebezpečí ... někdy asertivně vychytávají klienty, kteří jsou v atace.“ Podle dotazovaných většina klientů by změny v organizaci obtížně přijala. Hůře se adaptují na změny v programu služby i klíčového pracovníka. Zvláště pak klienti, kteří navštěvují službu několik let a jsou zvyklí na určitý způsob práce. Ze strany participantů je to primárně otázka o udržení vztahu s klientem. Dalším úskalím v přímé péči o klienty, je u této cílové skupiny zvýšené riziko závislosti na sociální službě. Faktory, které tento proces do jisté míry ovlivňuje, je nedostatek sociálních kontaktů a špatné sociální zázemí klientů. Někteří participantů tyto faktory vnímají jako charakteristiku cílové skupiny. Interpretují, že služba je pro klienta bezpečným a anonymním prostředím.

6.3. Postoje společnosti

Tato kategorie souvisí s mírou informovaností a postoji společnosti vůči lidem s duševním onemocněním. Z rozhovorů s participanty vyplývá, že v rámci sociální práce s klienty a jeho rodinou se často setkávají s problematikou značkování lidí s duševním onemocněním a vyjádřeným stigmatem duševní poruchy. Tedy s negativními předsudky a s odlišným

vzorcem jednání než běžně bývá u heterogenní skupiny populace. Participanti v rozhovorech blíže rozváděli tyto individuální zkušenosti při přímé práci a při spolupráci s různými institucemi. Sami participanti tyto stereotypní projevy vůči lidem trpící duševní poruchou a rodinnými příslušníky explicitně označovali za stigmatizující. Stigmatizace duševně nemocných jak jí interpretuje psychiatr Praško (2011, s. 354, 358) znamená upírání práva zaujímat určitá postavení ve společnosti a projevuje se společenskou distancí, zejména v interpersonálních vztazích (rodinných, partnerských, pracovních). Příčinou odmítání lidí s dušením onemocnění může být sdělená informace o diagnóze, o léčbě na psychiatrii, změny v chování.

Nejčastěji záporný vliv stigmatu duševní poruchy většina participantů spojovala do oblastí bydlení, práce, zdravotní péče, kde popisovali stigmatizaci až diskriminační jednání. Tyto zmíněné oblasti jsou základními sociálními potřebami, na které většina klientů problematicky dosahuje, jež mají částečně nebo vůbec uspokojivě saturovány. **P3:** *„Když se zeptáte pronájemce bytu, jestli dá byt klientovi s duševním onemocněním, tak ho dá radši pěti studentům. Zaměstnání to stejné. Jsou opravdu místa, pracoviště, kde se klient zmíní o tom, že má nějaké onemocnění, tak samozřejmě se setkává s nějakou nedůvěrou.“* **P1:** *„Setkáváme se v nějakých městech, kdy obyvatelé sepisují petice, protože je tam nechtějí, ze strany běžných obyvatel, sousedů, zaměstnavatelů ... Jako bereme OZP a pak se dozvěděj, že má ten člověk schizofrenii, tak ho nechce.“* **P5:** *„U realitky je taky problém, jak nahlíží na toho člověka, ubytujeme, ale ať je to hlavně bez problémů.“*

Participanti upozorňovali na stigmatizující prostředí v lékařství. Někdy v projevu chování při hospitalizaci, někdy v bagatelizaci zdravotních rizik u běžných lékařů, kde se zanedbávají choroby kardiovaskulární, cukrovka, obezita. Také se objevují vážné somatické potíže, které jsou opomíjeny

lékařem. **P1:** „Klient jde k doktorovi, k obvod'ákovi a on uvidí, že je to schizofrenik a odmítne ho léčit, protože si myslí, že to má v rámci bludů ty problémy. Že to není reálně zdravotní stav, ale že má nějaký blud.“

Podle názorů participantů dopady v důsledku stigmatu se nejvíce projevují na zhoršené kvalitě života, snížené motivaci ke spolupráci, k léčbě a v začlenění klienta zpět do běžného života. Tyto nemalé dopady ovlivňují vztahy a postoje v rodině, kteří mnohdy zajišťují potřebnou péči, podporu. Někteří rodinní příslušníci pozitivně potencují úsilí v reintegraci rodinného člena anebo naopak omezují interakce, zaujímají hostilní postoje v důsledku předchozích negativních snah (Ocisková, 2011, s. 37). **P6:** „Tam je obrovské stigma, které klienti vnímají primárně v rodině. Typu nechci se bavit, nechci, aby měl medikaci. Často slyší, že jsou pouze líní, vůbec se tam nějakým způsobem nerespektují ty jejich potřeby.“

Podle participantů jsou rodinní příslušníci, kteří pečují o rodinného člena v obrovské zátěži. Obrací se o pomoc na sociální služby. S výpovědí vyplývá, že samotná rodina se potkává s nepochopením, osamělostí, mnohdy tyto pocity a reakce od okolí je nasměřuje k sociální izolaci tak, jako jejich nemocného rodinného člena. Samotní rodinní příslušníci se podle participantů potýkají se stigmatizací a svými postoji pak ovlivňují i rodinného člena. **P7:** „Nemají komu se o tom svěřovat, to okolí to nechápe...Cítí se sami stigmatizovaní ... je to stigmatizující mít v rodině nemocného.“ Někteří rodinní příslušníci v důsledku obav, hanby ze značkování odrazují rodinného člena od léčby, spolupráce, aby sama nebyla vystavena stigmatu duševní nemoci. **P1:** „ ... to je důvod, proč kolikrát ten první kontakt s psychiatrií propukne až tak pozdě.“

Participant ve spojitosti se stigmatem ještě zmiňovali zcela opačný, pasivní postoj klienta, který se stává určitým úskalím při terapii, snižuje

motivaci klienta a souvisí se sebe-stigmatizací. Self stigmatizace je procesem, při nichž dochází ke zvnitřnění, tedy k internalizaci prezentovaného stigmatu veřejností a k vnitřnímu ztotožnění s nálepkou duševní nemoci. Důsledky vedou ke zhoršení sebevědomí, sebeprosazení v běžném životě, k sociální izolaci, snižování sociálního fungování, k neochotě spolupracovat v léčbě či zkusit nové výzvy v životě (Praško, 2011, s. 370-371). **P5:** „Úplně se ztotožní s tou rolí pacienta, jakoby už v životě neměli mít žádné jiné role.“ Podobně participanti poukazovali na důležitý aspekt při sdělování diagnóz lékařem, který považují jako zlomový bod v životě pacienta a jeho rodiny. Podle Praška (2011, s. 369) nálepkování pacienta psychiatrem může vyplývat i z mnoha nevhodných přístupů.

Někteří participanti v souvislosti se stigmatem duševní poruchy apelují na zlepšení osvětové činnosti prostřednictvím destigmatizačních kampaní.

6.4. Síť spolupráce

Jde o podkapitolu k interpretaci dat Kategorie síť spolupráce je poměrně rozsáhlá, pro její přehlednost je rozčleněna na několik úrovní: na spolupráci multidisciplinární, na pomezí sociální a zdravotní sféry v rámci služby, spolupráci s nezdravotnickými subjekty a spolupráci s rodinou klienta. Tato kategorie je nejvíce spjata s výzkumnou otázkou: s jakými bariérami se setkávají pracovníci PSR při spolupráci s dalšími subjekty?

Spolupráce pomáhajících pracovníků s institucemi z nezdravotnické sféry se odvíjí dle aktuálních potřeb, zakázek klientů. Jedná se například o doprovod a asistenci klienta v jednáních na úřadech, pomoc v řešení konkrétní situace, oblast poradenství a podobně. Participanti spolupráci s jednotlivými subjekty, (nejčastěji uváděli úřad práce, Okresní správa sociálního zabezpečení, opatrovnická oddělení) popisovali i hodnotili

různě. Převážně dle průběhu osobního jednání, informovanosti o znalostech duševního zdraví a síti služeb v systému péče, individuálního přístupu pracovníka ke klientovi, jeho motivaci a komunikaci v obtížných situacích nebo dle úrovně proškolení pracovníků. Někteří participanti popisovali ochotu, porozumění, profesionální jednání v zájmu klienta, účinnou podporu. Na straně druhé naráželi na nepochopení, neochotu, negativní postoje a jednání. **P6:** „Absolutně nevnímají, že ten klient není schopen tři dny po hospitalizaci navštívit lékaře a ještě k tomu úřad práce ... jakmile nepříjde do třech dnů, hrozí, že ho vyškrtnou z úřadu práce.“ Dotazovaní také upozorňovali na situace, s nimiž se setkávají při asistenci klienta na úřadě práce nebo zprostředkovaně od klienta. Jedná se o situace, kdy s klientem je z důvodu duševního onemocnění zacházeno méně příznivě než s jinou osobou/klientem ve srovnatelné situaci. Přístup, kde v popředí dominuje zdravotní postižení, věk a stupeň priznané invalidity bez ohledu na skutečný aktuální zdravotní stav a sociální fungování osoby/klienta. Také upozorňovali na opomenutí důstojného jednání a respektu na úrovni člověka. **P2:** „Když měla na starosti starší klientku, přistupovala k ní hrozně pěkně, nabízela jí práci ... jako paní je OZP, tak nebudu na ní tlačit. Ale když měla mladou klientku, která měla taky status OZP. Tak u té samé zprostředkovatelky měla mít tu stejnou péči, ale protože viděla, že je to mladá holka, tak začala do ní kafrat.“ V této oblasti byla zjištěna minimální pomoc pracovníky úřadu práce při nabídce zaměstnání, jejich neznalost v jednání s lidmi s duševním onemocněním, zmiňována je i složitost vyplňování žádostí o dávky v hmotné nouzi či příspěvku na péči. Pozitivně hodnotili společné pracovní setkávání s poskytovateli sociálních služeb, zaměstnanců úřadu práce a zástupců z různých firem v oblasti řešení zaměstnávání OZP. Spolupráci se zástupci firem hodnotili za nedostačující z důvodu jejich nízké účasti a neaktivního zájmu.

Spolupráci s veřejnými opatrovníky většina dotazovaných hodnotila negativně. Ve spolupráce jim schází možnost využít společný potenciál znalostí, zkušeností a intervencí ve prospěch klienta, opatrovance. Participanti uvádí, že vlivem špatně nastavené komunikace a koordinace o klienta/opatrovance, nesdílení informací, dochází k jeho neúčinné podpoře a péči. Zdůrazňují, že vzájemná kooperace a řízení nedisponuje sdílením jasně stanovených kompetencí a zodpovědností jednotlivých aktérů služeb v péči o téhož klienta. **P7:** „S opatrovníckým jsme si museli vyříkat, kdo co má na starosti. Nařkla jsme je z toho, že jsou jenom výdejna peněz a že takto jsou mi k ničemu, toho klienta tímto degradují ... řekli mi, že na zdravotní stav dohlížíte vy.“ Někteří dotazovaní v rovině multidisciplinární spolupráce popisovali bariéry, které souvisí s tím, jak je vnímaná profese a prestiž sociálního pracovníka. **P7:** „Často musíme dokazovat svoje kompetence, někde to funguje a jinde je to pořád problém.“ Podobnou zkušenost participanti zažívají od personálu ve zdravotnických službách, kde se setkávají s hierarchickou strukturou a odlišným přístupem než jsou zvyklí v sociálních službách. **P6:** „... na straně zdravotníků tam je trošku potíží v tom, že ti zdravotníci čekají na verdikt lékaře, protože jsou zvyklí pracovat pod vedením toho lékaře, který má i zodpovědnost a tam se vlastně učíme všichni.“

V rámci multidisciplinární týmové spolupráce by většina participantů uvítala pravidelná pracovní setkávání v rámci síťování služeb, cíleně zaměřené na systémové nastavování kooperace a koordinace v poskytování péče o duševní zdraví. V rámci nichž by se také představily nové služby a jejich činnosti, kompetence profesionálů. Dotazovaní dále projeví zájem o případová setkání, zajištění systému včasného předávání informací mezi MDT, možnost mít častěji porady s týmem, na nichž by plánovali intervence, postupy a sdíleli informace o klientech.

Z rozhovorů vyplynulo, že multidisciplinární přístup jednotlivých pracovníků je postaven na komplexní péči klíčového pracovníka o klienta a sdílení informací s celým týmem z řad sociálních a zdravotních odborníků. Většina dotazovaných pozitivně hodnotila multioborový přístup ostatních odborníků, jelikož jim umožňuje vnést jiné pohledy a lépe porozumět léčbě, terapii a symptomům duševních nemocí, vést porady, extérní konzultace s psychiatrem či psychologem. Budování multioborových týmů dotazovaní hodnotili jako pozitivní posun v péči o dekompenzované klienty. **P2:** „Šlo o to, mít tu možnost, aby ti naši klienti, když dojde k nějakému zhoršení stavu, že můžou mluvit s lékařem, ten lékař je může navštívit doma. To byly věci, které nám hodně chyběly.“ Většina dotazovaných v rámci interního týmu uváděla za limitující sníženou kapacitu pracovních úvazků, zvláště pak u psychiatra a psychologa, který pracuje na zkráceném pracovním úvazku. Uvítali by i rozšíření týmu o nové pracovníky, čímž by se navýšila kvalita poskytované individuální péče o klienta, potřebné v krizové intervenci. **P5:** „... protože se to zase projeví v té péči, že ten klient má kolem sebe těch pracovníků daleko víc. Oni mají větší čas na něj.“ Lékař by s krizovým mobilním týmem navštěvoval klienta v jeho domácím prostředí, měl by dostatečný čas pro další kvalitní péči o klienty v krizi. Jeden z participantů by v pracovním kolektivu uvítal smíšený pracovní tým. Dále dotazovaní poukazovali na důležité hodnoty týmu: soudržnost týmu, vybudovaná důvěra s klientem, transparentnost, partnerský přístup, vzájemná podpora a důvěra.

Z výzkumu také vyplynuly bariéry legislativní, především problematika špatně nastaveného systému financování, dotování sociální služby projekty, přes MPSV a kraj tak, aby bylo zajištění organizace v dalším období schopné poskytovat kvalitní péči a mělo odborný personál profesionálů. Dotazovaní také akcentují složitost a roztříštěnost v

mezirezortní spolupráci, postrádají podporu a komunikaci mezi MPSV a MZ, chybí jim součinnost projektů, metodické ukotvení. **P3:** „*Subjekt MZ a MPSV, není tam jednotná politika, která by dávala financování jednotného ...*“ Jako další bariéru někteří dotazovaní uváděli ohledně psychoterapie, kterou může vykonávat ve zdravotnickém zařízení pouze atestovaný lékař a psycholog se specializací v psychoterapii, nikoliv v sociální službě, tam poskytuje psycholog podpůrné konzultace, případně socioterapii.

Spolupráce s rodinou klienta hraje důležitou roli v jeho životě. Jak bylo uvedeno v teoretické části (viz kapitola 3.3), mohou podporovat člověka s duševním onemocněním na cestě zotavení, zplnomocňování nebo naopak mohou brzdit rozvoj jeho dovedností důležitý pro život a stabilizaci psychického stavu. **P5:** „*Jsou rodiny, které jsou až zahlcující a nejenom vůči nám, ale i vůči klientovi nebo naopak, jsou rodiny, které nejsou vůbec podporující.*“ Z výzkumu vyplynulo, že dotazovaní nejčastěji přichází do kontaktu s rodinnými příslušníky, kteří dlouhodobě pečují o nemocného člena rodiny, jsou vystaveni stresu a psychické zátěži, které vedou k závažným následkům v rovině psychické, zdravotní a sociální. Zároveň v důsledku dlouhodobé zátěže se pečující ocitají v krizi, prožívají deprese, jejich stabilní péče o člena rodiny se jim značně komplikuje, přestože by si přáli nadále ji zajišťovat. **P6:** „*Chtějí jenom podporu ... a někdy je dobrý říct, teď dost jed'te na dovolenou, protože nic jiného už neuděláte.*“ **P1:** „*Potřebují slyšet, že jejich péče má své hranice a rizika.*“ Bylo zjištěno, že mnoho rodičů v těchto náročných situacích zůstávají bez adekvátní pomoci, kontaktují různé sociální služby, lékaře, aby jim pomohli s péčí. Obvykle nemají informace a orientaci, na koho se mohou obrátit. **P5:** „*Dost často se setkávám s tím, že očekávají více péče, než kterou mi poskytujeme. To musíme některým rodinám zdůrazňovat, že nejsme pečovatelskou službou ... neslibujeme to, co není v naší kompetenci.*“ Rodiny následně zůstávají v těžké

situaci nedobrovolně a sami, schází jim účinná podpora blízkého okolí nebo jim není včas nabídnuta možnost psychosociální podpory. Mnohdy rodina je ta, která žádá o spolupráci, motivuje či dokonce přemlouvá svého příbuzného ke kontaktu se sociální službou, aby si mohla odpočinout. **P4:** „Velmi často chce tu spolupráci víc rodina, než třeba klient.“ **P3:** „Na začátku je tam zakázka té rodiny víc než toho člověka.“ Také jsou rodiny, které se nechtějí zapojovat do spolupráce nebo mají obavy z negativních předsudků ze strany pracovníka, aby je jakkoliv nehodnotil či nekritizoval za jejich přístup k nemocnému. **P2:** „Jsou takový případy, kdy ti blízcí klientů říkají, ať tady nemají všechno říkat z toho osobního života. Mě přijde, že mají pocit ohrožení, nevím, zda mají pocit, že to někam vynášíme, ale není to tak.“

Participanti pozitivně hodnotí podporu rodin, u nichž vztahy fungují. Obvykle s nimi mají navázanou dobrou spolupráci. Naopak hodnotí rodiny, kde nefunguje podpora a jsou tyto vztahy vnímány jako konfliktní a stresující pro klienta. Na základě četných žádostí rodinných příslušníků jim sociální služba zavedla podpůrné skupiny, kde mají příležitost o svých zkušenostech mluvit s dalšími rodiči, bez předsudků, studu, jež někteří z nich zažívali ve svém okolí.

Nejčastěji dotazovaní upozorňovali na překážky, s kterými se opakovaně potýkají ve spolupráci s rodinou. Sdělovali, že rodiče nejsou správnou formou a v dostatečné míře edukováni o duševní nemoci rodinného člena, zvláště pak po jeho propuštění z psychiatrické hospitalizace. Návrat klienta do rodinného a sociálního prostředí je předmětem zvýšené pozornosti, tlaku a různých očekávání, případně kritiky. Postoje rodiny k příbuznému, který trpí duševní nemocí, ovlivňuje míra informovanosti o jeho psychickém stavu, prognóze, léčbě a návazné péči. Včasná edukace rodin či možnost rodinné terapie může výrazně ovlivnit stigmatizující

vlivy a dopady na člena rodiny s psychickým onemocněním, potažmo celé rodiny.

Většina participantů považuje psychoedukace klienta a jeho rodiny za nezbytný standard léčby. Zejména pak u rodičů mladých klientů, kteří prodělali první ataku duševní nemoci a vrací se zpět do domácího prostředí. Domnívají se, že zde není dostatečně zapojována a motivována širší spolupráce s podpůrnou sítí klienta, která by měla být započata na straně zdravotních služeb, již během akutní péče o pacienta, nikoliv až poté sociálními službami v návazné péči. Podobně tak vnímají participanti spolupráci s rodinou a klientem jako plynulé propojování do systému koordinované péče, léčby a rehabilitačních programů. Jako překážku ve spolupráci s rodinou participanti zdůrazňovali komplikace spojené s informovaným souhlasem klienta, jenž nesouhlasí se sdělováním informací své rodině, příbuzným, pouze lékaři. Spolupráce vždy musí být ošetřena informovaným souhlasem s klientem, jinak by nemohla být zahájena. Dotazovaní se snaží motivovat klienta k zapojení rodiny v rámci krizových plánů, aby rodina byla včas informována v případě zhoršení jeho zdravotního stavu. Nicméně jsou rodiny, kde klienti mají nefunkční vztahy s primární rodinou a spolupráce by byla pro ně spíš překážkou.

6.5. Práce a bydlení

Tato kategorie pojednává o důležitých oblastech v životě klienta, jimž je práce a bydlení a pojí se k třetí výzkumné otázce: s jakými bariérami se setkávají pracovníci v rámci PSR při naplňování konkrétních cílů klientů, zejména v oblasti práce a bydlení? Nejprve se zaměřím na interpretaci výsledků zjištěných dat z oblasti práce, pak navážu na oblast bydlení.

Z rozhovorů s participanty bylo patrné, že v oblasti práce a bydlení u lidí s duševním onemocněním existuje mnoho překážek, s kterými se dlouhodobě potýkají. Většina dotazovaných v souvislosti se zaměstnáváním lidí s duševním onemocněním zmiňovala chráněný trh práce. Popisovali, že by potřebovali mít k dispozici kontinuum či model služeb, které by bylo rozděleno do několika úrovní dle míry zapojení klienta do pracovního procesu za pomoci asistenta tak, aby umožňovalo vytvořit různorodé chráněné pracovní podmínky, které by byly adekvátní pro cílovou skupinu. Konkrétně motivující, podporující, dostupné, bezpečné, finančně ohodnocené a šité na míru klientovi. **P2:** *„Chybí tady opravdu v pravém slova smyslu chráněný trh práce. Je to jako všechno na oko. Bud' je to práce pro práci typu tréninkových kaváren, kde pracují za dvacku na hodinu anebo opravdová práce.“*

Dotazovaní téměř vůbec neuváděli, zda a případně jakou formou je využíván nástroj pracovní rehabilitace. Kriticky reflektovali nedostatek sociálně terapeutických dílen, podporovaného zaměstnání a nízkou motivaci zaměstnavatelů vytvářet chráněná pracovní místa pro OZP, která jsou důležitá v reintegraci lidí s duševním onemocněním. **P4:** *„Ta podpora pro klienta je důležitá ... ten člověk neztrácí režim ... obnoví si pracovní návyky ... pak si může najít pracovní místo na otevřeném trhu práce.“*

Polovina participantů popisovala v souvislosti s chráněným trhem práce špatný přístup zaměstnavatelů zaměřený na zisk a produktivitu, jejich motivační faktory a neadekvátní pracovní nároky pro OZP, které jsou téměř identické jako s pracovním místem na volném trhu. **P7:** *„Když už poskytují místa pro OZP, tak často předpokládají, že tam budou mít zdravýho, nemocnýho. Takže ta práce se moc neliší jako u těch ostatních ... P4: „Většina z nich má svůj byznys. Kalkulují, potřebují nemocného s OZP nebo s důchodem, ale co nejvíc schopného, aby nebyly žádné problémy.“* Zejména upozorňovali na

nefunkční zabezpečení ochrany práv pro OZP v případě porušování pracovně právních smluvních podmínek a zpřísnění kontrolních mechanismů. **P5:** „Ty noční směny být nesmí. Jak to, že to zaměstnavateli projde ... nevidím tam žádnou páku, dozor nebo kontrolu, jestli se o ně dobře starají.“

Polovina dotazovaných by uvítala, kdyby resort MPSV realizovaly takové projekty, které by se zaměřily na podporu pro mladé lidi se zdravotním postižením na chráněném trhu práce, aby získali systémovou podporu a současně měli příležitost se postupně učit pracovním návykům. Nelíbí se jim, že některé projekty v oblasti zaměstnávání pro zdravotně postižené jsou nesystémově řešené, vylučují konkrétní cílovou skupinu lidí se zdravotním postižením, jako jsou lidé s duševním onemocněním. **P6:** „Super by bylo vypsáný projekt, který není omezený věkem pro ty mladí klienty, tam by bylo právě potřeba na začátku jejich zaměstnání být s nima na tom pracovišti.“

Jako další faktory, které ovlivňují klienta v hledání a získání práce, dotazovaní uváděli: nedostatečnou kvalifikaci, vysokoškolské vzdělání klientů, kteří během či po studiu onemocněli a obtížně se vyrovnávají s nemocí, bývají jim nabízeny pozice uklízečů, ochranek a v neposlední řadě negativní zkušenosti s předsudky a stereotypy vůči lidem trpící duševně nemocí. Dále nedostatek pracovních možností na zkrácené úvazky, pracovní nabídky neodpovídající kvalifikaci, dovednostem a zdravotnímu stavu, například směnný provoz, vysoké pracovní nasazení, fyzická náročnost, nestabilní režim, přesčasy, nízké finanční ohodnocení. Pro pracovníka je také úskalím motivovat mladého klienta pracovat, pokud klient již získal invalidní důchod a je zde riziko, že zapojením do pracovního procesu by mu hrozilo jeho odebrání. Klient se může dostat do složité situace, kdy je ohrožen ztrátou finanční jistoty pravidelného příjmu z invalidního důchodu a současně může přijít o práci. **P5:** „Jak

motivovat člověka po škole, aby vůbec šel zkusit pracovat, když tam je ten risk ... mohly by mu ten důchod hned vzít, a když by znovu onemocněl, bude mít důchod o půlku nižší.“ Ve výzkumu dotazovaní akcentovali v souvislosti s invalidním důchodem prvního, druhého stupně a příležitostí pracovat kvůli navýšení příjmu obavy klientů z toho, aby nebyly v očích posudkových lékařů vnímány jako „zdravě pracující“.

V souvislosti s udržení práce u lidí s duševním onemocněním zmiňovali nestabilitu volného trhu práce, zejména pokud se ocitnou v situaci, kdy se vrací po pracovní neschopnosti do práce z důvodu hospitalizace. Zaměstnavatel jim nechce tolerovat dlouhodobé či opakované pracovní neschopnosti, případně sníženou pracovní činnost. Občas se objevují na pracovišti špatné vztahy a komunikační bariéry s kolegy, které člověk s duševním onemocněním není úplně schopen zvládnout.

V oblasti podpory bydlení všichni participanti shodně akcentovali neefektivní bytovou politiku a bytovou nouzi v oblasti sociálního bydlení. Uváděli špatnou dostupnost sociálních bytů, nedostatek bytů pro lidi se zdravotním postižením, nedostupnost komerčního bydlení z důvodu nízkých příjmů klientů a nesystémové řešení měst, obcí s bytovým fondem. Dále zmiňovali obtíže spojené s hledáním bytů, které minimálně disponovaly adekvátními, bezpečnými, hygienickými podmínkami pro standardní bydlení a současně byly finančně dostupné pro klienty. Z výzkumu vyplynulo, že nedostupnost bytů nutí klienta hledat jiný typ bydlení s nižšími náklady, obvykle na okraji měst, obcích, ubytovnách či podnájmech o více lidech. Přestěhování klienta za levnějším a dostupným bydlením následně snižuje jeho dostupnost sociální služby a lékaře.

Ubytovny pro člověka s duševním onemocněním jsou zcela nevhodnou formou bydlení, žijí tam v naprosto otřesných podmínkách. Spolubydlení

je podle dotazovaných typ bydlení, které klientům umožňuje alespoň nižší náklady, jinak ho nepovažují za ideální volbu. Spolubydlíci jsou hlavně klienti s podobnou zkušeností s psychickým onemocněním. Úskalím jejich spolubydlení je v případě dekompenzace stavu, že se negativně vzájemně ovlivňují. **P3:** „Pokud jde jeden z nich do ataky, tak většinou jdou do ataky i ty ostatní.“ Při hledání spolubydlení uvádí někteří participanti, že se setkávají klienti s odmítavou reakcí. **P2:** „ ... ale ty lidi už působí zvláštním dojmem, takže většinou se do normálního bytu na spolubydlení nedostanou.“

Omezené finanční zdroje, nízké dávky invalidních důchodů jsou pro klienty, zvláště pak pro věkově mladší, překážkou k tomu, aby se mohli osamostatnit, odstěhovat se od primární rodiny. **P5:** „Bydlení je pro ně hodně náročné. Je to těžší než si najít zaměstnání. Ty důchody, co mají, nejsou moc vysoký.“ **P2:** „Když jsou ještě na škole, tak se jim ten důchod vypočítává ze základního výměru ... Horší je, když se snaží vydělávat třeba i na půl roku a pak onemocní. Dostane třeba trojku důchod a možná 4000 korun.“ Pro participanty je podstatně nejnáročnější hledat zdroje pomoci v oblasti podpory bydlení a práce. Sdělují, že ohrožení ztrátou bydlení jsou nejvíce lidé, kteří nemají po propuštění z dlouhodobé hospitalizace zajištěné bydlení anebo během hospitalizace o bydlení přišli. **P7:** „Téma jako najdi mi práci, bydlení, to je vždycky nejtěžší zakázka, zvláště pak z léčebny hledat bydlení, to je průšvih.“ Někteří dotazovaní popisovali riziko, kdy klient po propuštění z léčebného zařízení zůstane bez přístřeší, aniž má zajištěné krizové bydlení. **P3:** „Ten člověk nemá kam jít, nesmí ho propustit, ale taky se to vždycky neděje.“ Zdravotnická zařízení nesmí pacienta propustit, pokud nemá zajištěnou podporu bydlení. V té souvislosti poukazují participanti na problematiku sociálních hospitalizací a rehospitalizací. Klient po určité době opět nastupuje pobyt na psychiatrii. **P5:** „Pána jsem začala potkávat zase na nádraží a je otázka, kdy se zase vrátí zpátky do léčebny.“

Dotazovaní ohledně dalších forem podpory bydlení kriticky nahlíželi na nedostatečně vybudovanou síť, určité kontinuum služeb, které by poskytovalo mezistupně služeb s různou mírou péče a asistence dle potřeby klienta. Kontinuum služeb by obsahovalo flexibilní systém služeb od rezidenčního, chráněného bydlení s různou intenzitou podpory pracovníků až k samostatnému bydlení s klesající podporou, které by u lidí s duševním onemocněním zajistilo jejich sociální integraci. Z rozhovorů s participanty vyplynulo, že v regionu je velmi nízká síť těchto návazných služeb. Chráněné bydlení, pečovatelské domy, domy se zvláštním režimem mají dlouhé čekací lhůty, navíc pro většinu klientů nejsou ideálním řešením, které by naplňovalo jejich potřeby osobního i sociálního fungování a potenciál vést samostatný život ve vlastním bytě. Rovněž i tato bydlení jsou obtížně finančně dostupné. **P3:** „Někteří klienti chráněné bydlení nepotřebují, jsou schopni, že by zvládli vlastní bydlení, ale je tu nedostupnost těch bytů.“

Dále dotazovaní shodně popisovali omezenou dostupnost dalších forem podpory bydlení, finanční nedostupnost městských bytů, absenci komunitního typu bydlení či krizového, přechodného bydlení. Jako nejhůře dostupné bydlení dotazovaní uváděli komerční nezávislé byty, nájemný byty, u nichž se požadují tzv. kauce, na které nemohou finančně dosáhnout lidé s duševním onemocněním, pokud nemají zajištěnou stabilní práci a podporu blízkých, rodiny.

6.6. Zodpovězení výzkumných otázek

Výzkumná otázka: **S jakými bariérami se setkávají pracovníci v rámci PSR při přímé práci s klientem a jeho rodinou?**

Na straně klienta, tedy vnitřní bariéry, které vyplývají z individuálních okolností, jedná se o míru motivace, stabilizace zdravotního stavu, stupeň zdravotního postižení, náhled na duševní onemocnění, nízký finanční příjem, komunikační bariéry, sociální stažení a problémy v oblasti self-managementu. Obtížná ekonomická situace klientů s ohledem na nízké příjmy z invalidního důchodu a jiných sociálních dávek se systému sociálního zabezpečení se negativně odráží v dostupnosti volnočasových aktivit, vzdělávání, bydlení a podobně. Kombinace těchto faktorů snižuje kvalitu života, osobní a sociální fungování klientů, může vést k jejich sociálnímu znevýhodnění a ohrožení chudobou.

S další problematikou, kterou se setkávají pracovníci u klientů je období po propuštění z lůžkového zařízení a navázání do následné péče, zejména pokud si klienti nesou nepříjemné zkušenosti s režimovým pobytem. Objevuje se nedůvěra v další formu poskytované péče.

Z výzkumu bylo zjištěno, že dostatečně neprobíhají včasné psychoedukace klientů a rodin již v léčebném zařízení, především u klientů se zkušeností s první atakou nemoci, u nichž je to velmi žádoucí. Dostatečná forma a míra edukace by eliminovaly rizika vzplanutí další ataky, stigmatu duševní nemoci a rehospitalizací.

Také bylo zjištěno, že materiální, osobní a sociální závislost klienta na rodině, hyperprotektivní péče rodiny výrazně znesnadňují proces jeho osamostatnění a vytváří kontraproduktivní podporu v přímé péči. Práce s rodinou a zapojování do návazné péče by měla být neopomenutelnou součástí léčby, terapie. Podpora a spolupráce rodiny, dobré sociální zázemí klienta velmi přispívá v jeho procesu zotavování. Na druhou stranu jsou rodiny, které neadekvátně zasahují do osobního života člena rodiny, potencují krizové situace, oslabují jeho sebevědomí a míru sebedpěče.

Postoje rodin a příbuzného významně ovlivňují negativní reakce okolí, strach ze stigmatizace duševní nemoci. Rodina i klient v důsledku sociální stigmatizace zažívá sociální odtažení, nepochopení, odmítá pomoc a léčbu. Řada klientů stigma duševní nemoci si zvnitřňuje. Postoje klientů, s kterými se setkávají po propuštění z psychiatrické péče, jsou ovlivněny stereotypem pohledu na psychicky nemocného a následně komplikují jeho reintegraci. Prožívání stigmatizace celé rodiny může být příčinou pozdní diagnostiky duševní nemoci, nekvalitní spolupráce a přerušování léčby. Také bylo zjištěno, že řada klientů se setkává v institucionální péči se stigmatizací, jenž nakonec ovlivňuje, zda dosáhnou na poskytování dalších služeb, včetně zdravotní péče. V neposlední řadě výzkum prokázal, že stigmatizace vytváří značné sociální bariéry a prohlubuje sociální znevýhodnění a vyloučení lidí s duševním onemocněním.

Rodiny, kde dlouhodobě pečují o nemocného rodinného člena, prochází obrovskou zátěží a doprovázejí je rozmanité sociální, ekonomické a zdravotní potíže. K tomu se přidává nepřehlednost a neúplnost systému péče o duševní zdraví, zhoršená její dostupnost a informovanost. Jak popisují participanti, setkávají se se zájemci o službu, kteří by vyžadovali komplexnější typ péče a podpory, jenž služba neposkytuje. Nezbytnost systémového zabezpečení nových služeb se opírá o skutečnost, že tradiční segmentovaný model péče opomíjí důležité charakteristiky duševních poruch, které by mohly být právě chybějícími službami osloveny.

Většina participantů hodnotí svoji práci jako náročnou a specifickou. Kladou důraz na partnerský přístup ke klientovi. Za nesnadnou úlohu považují reflektování a udržení profesionálních hranic ve vztahu ke klientovi. Pracovníci provázejí klienta v různých životně náročných situacích, oproti zdravotním službám, znají daleko lépe klienta v jeho každodenním fungování.

Dále bylo zjištěno, že přímá péče a kvalita poskytování služeb zásadně ovlivňuje celkové podfinancování služeb, její nestabilitu financování, kdy neexistuje základní jistota pro následující období. Rozpočtové a projektové financování v sociálních službách znesnadňuje roztržitost jednotlivých složek rezortů, jejich nesystémové propojení a špatnou komunikaci. Vede k administrativní zátěži poskytovatelů a opomíjí hodnocení efektivity služeb, adekvátně nereaguje na potřeby uživatelů/klientů služeb.

Výzkumná otázka: S jakými bariérami se setkávají pracovníci PSR při spolupráci s dalšími subjekty?

Spolupráce s dalšími subjekty ovlivňuje řada faktorů, neboť současný systém péče o duševní zdraví je tvořen komplexem zdravotních, sociálních a jiných nezdravotních služeb. Z výzkumu bylo patrné, že problematická je spolupráce se subjekty veřejné správy, méně problematickou spolupráci hodnotili v rámci MDT. Multioborový přístup participanti hodnotili pozitivně s ohledem na komplexnější a koordinovanější přístup, který tak tvoří mezistupeň od akutní k návazné péči. Především upozorňovali na nedostatečné zasíťování služeb v návazné péči i z důvodu, že je pak problematické klientovi zajistit včasnou kontinuální podporu a péči. Také z výzkumu bylo patrné, že systém o duševní zdraví není schopen reagovat na široké spektrum potřeb, přání, cílů a situací v životě klienta a jeho rodiny. Fragmentace péče do subsystémů jednotlivých služeb, otázka provázanosti služeb v rámci jiných resortů, úzce vymezená spolupráce, nejednotnost metodických pokynů a nejasnost kompetencí pracovníků znesnadňují vzájemnou spolupráci na společném cíli v péči o klienta.

Spolupráci se subjekty participantů posuzovali různě obvykle na základě osobního jednání, informovanosti o znalostech duševního zdraví a síti služeb v systému péče, individuálního přístupu pracovníka ke klientovi, jeho motivaci a komunikaci v obtížných situacích.

Dále výzkum poukázal na stereotypy chování a hierarchické uspořádání ve zdravotnictví, na které naráží někteří sociální pracovníci v rámci multidisciplinární spolupráce. Lékař je zde vnímán jako nejvyšší autorita. V týmu sociálních služeb se snaží uplatňovat horizontální, partnerský přístup. Výkony psychiatrických sester, sociálních pracovníků se odlišují v náplni práce a ve specifických kompetencích. Rovněž tak psycholog v sociálních službách nemůže poskytovat psychoterapii, nýbrž podpůrné konzultace. Ve zdravotnictví může poskytovat psychoterapii atestovaný psychiatr a psycholog s psychoterapeutickým výcvikem.

Výzkum také upozornil, že pracovníci by uvítali pro zlepšení spolupráce pravidelnější pracovní setkávání, intervize, případová setkání napříč službami a předávání, sdílení informací z praxe. Taktéž by uvítali navýšení pracovních úvazků a personálních kapacit.

Výzkumná otázka: S jakými bariérami se setkávají pracovníci v rámci PSR při naplňování konkrétních cílů klientů, zejména v oblasti práce a bydlení?

Oblast práce a bydlení je významným faktorem pro zlepšení kvality života a reintegrací lidí s duševním onemocněním do společnosti. Z výzkumu bylo patrné, že pro mnoho klientů je obtížné adekvátní bydlení a zaměstnání získat, zajistit a udržet. Pracovníci se v rámci zajištění bydlení a práce pro klienty setkávají se značnými systémovými a

legislativními překážky, včetně stereotypního jednání při kontaktu s třetí stranou.

Z oblasti práce a bydlení participanti upozorňovali na nedostupné či absentující zdroje podpory v rámci regionu, nízké zasíťování služeb. S ohledem na specifické potřeby cílové skupiny poukazovali na nezbytnost zajištění systému kontinuálních, přístupných služeb v podpoře bydlení, které by řešilo bytovou nouzi a nedostupnost městských bytů, sociálních bytů a přechodného či chráněného bydlení s doprovodnou sociální službou.

Rovněž tak, pracovníkům schází kontinuum služeb v oblasti chráněného trhu práce, které by nabízelo od vysoké míry podpory s asistencí pracovníka až po menší míru podpory a pozvolného přechodu na volný trh práce. Výzkum poukázal na to, že pracovníci by rádi využívali tyto výše zmíněné nástroje podpory, ale nejprve je potřeba vytvořit dostatečně fungující síť komunitních služeb a současné nástroje účinně a aktivně používat, například pracovní rehabilitaci, sociálně terapeutické dílny a podobně. Také, aby docházelo k uvolňování bytů s nekomerčním nájmem i pro tuto cílovou skupinu. Klienti jsou nuceni bydlet v okrajových částech měst, obcí, které jsou pro ně finančně dostupné, třeba ubytovny, ale zcela nevhodné pro stabilitu jejich zdravotního stavu. Navíc se tímto komplikuje dostupnost sociálních, zdravotních služeb.

Diskuze

V této kapitole se věnuji diskuzi a zaměřuji se na limity v teoretické a praktické, výzkumné práci.

Limity v teoretické části práce:

Na začátku zpracování teoretické práce o tématu PSR jsem si zjistila dostupnou odbornou literaturu a učinila rešerši. Soudobá literatura, která by přímo souvisela s tématem mé práce, není moc zastoupena. Taktéž literatura zaměřená na oblast komunitní psychiatrie, komunitní péče o duševní zdraví nebo současnou sociální práci o lidi se závažným duševním onemocněním. Navíc psychosociální rehabilitace je velmi specifická metoda, primárně směřována do systému následné psychiatrické péče, ač je většinou poskytována sociálními službami, které implementují do svých poslání a principů různé zahraniční modely komunitní péče. Nesnadná pro mě byla orientace v různých modelech komunitní péče a jejich evaluace, zejména s ohledem na odlišný zdravotní a sociální systém v České republice a probíhající reformu péče o duševní zdraví MZ. Také jsem postrádala legislativní rámec, který by se věnoval ochraně práv lidí s duševním onemocněním. Při představení služby CDZ jsem mohla pouze čerpat z webové stránky, legislativní ukotvení CDZ chybí, jak v zákoně o zdravotních službách, tak i v zákoně o sociálních službách.

Limity výzkumného šetření:

Samotné téma diplomové práce je velmi rozsáhlé, proto jsem ho v rámci výzkumu zúžila na dílčí cíle. Jako limitující považuji v praktické části některé dílčí oblasti zkoumání, které by mohly být předmětem samostatného výzkumného šetření, jak se ukázalo až ve chvíli analýzy a interpretací dat. Témata, která by mohla být předmětem dalšího

výzkumného šetření, například: pracovní rehabilitace u osob se zdravotním postižením, forma sociálního či prostupného bydlení, příběhy zotavení z pohledu lidí s osobní zkušeností a podobně. Ve výsledcích výzkumu bylo patrné, že participantů nejčastěji akcentovali značné bariéry týkající se hledání zdrojů pomoci a podpory v oblastech bydlení a práce pro lidi s duševním onemocněním, kde naráželi na systémová a legislativní opatření, která klienta značně limituje v naplňování svých základních potřeb, přání a cílů. Pro pracovníka musí být náročné mobilizovat zdroje podpory, na které by měl klient dosáhnout, především kvůli svému zdravotnímu postižení, ale v mnoha případech se tak neděje. S ohledem na cíle v PSR a plán péče lze říct, že to je nesnadný úkol. Ztížené možnosti při hledání formy podpory bydlení a práce navíc výrazně prohlubuje stigmatizace či dokonce diskriminace lidí s duševním onemocněním. Stigmatizací prochází, jak lidé s duševním onemocněním, jejich blízcí a rodina, tak samotní pracovníci při extévní spolupráci. Otázkou je, do jaké míry přispívá společnost, okolí a rodina klienta ke vzniku a udržování jeho psychického postižení, průběhu nemoci či sociálního stažení.

Výzkum také zachycuje, že není snadné nastavení spolupráce s rodinou, ač se jeví jako velmi žádoucí a přínosné pro klienta i jeho okolí. Výzkumné šetření s rodiči klienta jsem nerealizovala, jedná se o pohled participantů. Na straně druhé někteří participantů hodnotili zapojení podpůrné sítě, kde patří především rodina klienta za své slabé místo, na nichž by se potřebovali více zaměřit. Z výzkumu vychází, že sama rodina je v systému podpory a péče velmi opomíjena, ale na druhé straně se od ní očekává, že by měla naplňovat roli pečujících a zastávat významnou roli i ve spolupráci s dalšími službami, lékařem a podobně.

Závěr

Cílem bakalářské diplomové práce bylo zjistit, s jakými bariérami se setkávají odborní pracovníci v rámci psychosociální rehabilitace při práci s lidmi se závažným duševním onemocněním, tyto bariéry identifikovat a popsat.

Z výzkumného šetření vyplývá, že bariéry psychosociální rehabilitace při práci s lidmi se závažným duševním onemocněním ovlivňuje řada různých faktorů. Dovednost multidisciplinární spolupráce, propojení zdravotní a sociální péče, zajištění kontinuální péče o klienta. Rovněž přístup všech pracovníků a jejich odbornost tak, aby byl zaměřen na jednotný plán podpory o klienta s ohledem na jeho priority a silné stránky. Je patrné, že proces zotavení s duševní nemoci se stává řídicím principem v sociální rehabilitaci. Multidisciplinární spolupráce v systému péče o duševní zdraví je ovlivněna různou hustotou sítě služeb, zaběhlými stereotypy a jednáním lidí v týmu.

V rámci výzkumu bylo zjištěno, že řada lidí s duševním onemocněním velmi obtížně dosahuje na systémovou podporu v různých životních a osobních doménách, jež má zásadní vliv na jejich sociální fungování a integraci. Vnitřní bariéry, které vyplývají z individuálních okolností, zahrnují míru motivace, stabilizace zdravotního stavu, stupeň zdravotního postižení, náhled na duševní onemocnění, nízký finanční příjem, komunikační bariéry, sociální stažení a problémy v oblasti self-managementu. Kombinace zmíněných faktorů může vést k sociálnímu znevýhodnění a vyloučení, snižuje kvalitu života klienta. Lidé s duševním onemocněním také obtížně dosahují na některé služby, práci, adekvátní bydlení, setkávají se stigmatizací. Sociální a rodinné zázemí, vztahy a interakce v rodině významně ovlivňují proces zotavení, spolupráci a

podporu v léčbě, terapii. Rodina, která pečuje o příbuzného, prochází značnou psychickou, ekonomickou a sociální zátěží. Navíc se setkává s negativními reakcemi ve svém okolí. Zapojení celé rodiny do systému podpůrné péče, včetně psychodeukací je stěžejním krokem.

Z výzkumu bylo dále patrné, že kooperace a organizace nedisponuje sdílením jasně stanovených kompetencí a zodpovědností jednotlivých aktérů služeb v péči o klienta. Spolupráce se subjekty ovlivňuje řada faktorů, neboť současný systém péče o duševní zdraví je tvořen komplexem zdravotních, sociálních a jiných nezdravotních služeb a řízení systému péče o duševní zdraví trpí roztržitostí jednotlivých složek.

Seznam literatury a zdrojů

BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a František KOUKOLÍK, c2004. *Schizofrenie: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-277-3.

ČEŠKOVÁ, Eva, c2012. *Schizofrenie a její léčba: průvodce ošetřujícího lékaře*. 3., rozš. vyd. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-266-7.

DISMAN, Miroslav, 2011. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 4., nezměněné vydání. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1966-8.

DOUBEK, Pavel, Erik HERMAN, Ján PRAŠKO a Jaromír HONS, 2013. *Průvodce bipolární poruchou: pro pacienty, jejich rodinné příslušníky a blízké*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-368-8.

FIŠAR, Zdeněk a kol., 2009. *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*. 2. přeprac. a dopln. vyd. Praha: Grada Publishing. Psyché. ISBN 978-80-247-2737-0.

GAY, Christian, 2010. *Bipolární porucha: rady pro rodiny a blízké osob s maniodepresivními stavy*. Praha: Portál. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-668-1.

HEJZLAR, Petr, 2009. Sociální rehabilitace duševně nemocných v současných podmínkách. *Psychiatrie pro praxi*. 10(5), s. 226-230. ISSN 1213-0508.

HEJZLAR, Petr, Martin HALÍŘ a Marek FIALA, 2010. Komunitní přístup v péči o dlouhodobě duševně nemocné. *Psychiatrie: časopis pro moderní psychiatrii*. Praha: TIGIS, 14(3), s. 146-152. ISSN 1211-7579.

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

HOLLANDER, Dirk den a Jean Pierre Lambert WILKEN, 2016. *Podpora zotavení a začlenění: úvod do metodiky CARE*. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice. ISBN 978-80-260-9945-1.

HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER, 2015. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-2998-8.

HRDÁ, Karolína, [2018]. *Multidisciplinární tým v akci*. [Praha]: [Domov Sue Ryder]. ISBN 978-80-907190-0-2.

JANKOVSKÝ, Jiří, Martin HOLUB, Ivana MATOUŠKOVÁ, Dana VRABCOVÁ, Andrea TAJANOVSKÁ a Radka MICHELOVÁ, 2015. *Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. Sešit sociální práce. ISBN 978-80-7421-088-4.

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

LÁTALOVÁ, Klára, 2010. *Bipolární afektivní porucha*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3125-4.

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

MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ, c2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1151-6.

MATOUŠEK, Oldřich, 2003. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-548-2.

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

MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.

OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO, 2015. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada). ISBN 978-80247-5199-3.

OREL, Miroslav a kolektiv, 2016. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše. 2.*, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5516-8.

PÁV, Marek, Lucie KALIŠOVÁ, Petr PŘÍHODA, Jan TATARKO, Martin ŠŤASTNÝ, Miroslav PASTUCHA, Josef GABRIEL a Jan BĚHOUNEK, 2017. *Metodika následné psychiatrické péče v lůžkových zařízeních: výstupní zpráva a metodika, projekt S.U.P.R. - Systém ucelené psychiatrické rehabilitace, program CZ 11 Iniciativy v oblasti veřejného zdraví*. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice. ISBN 978-80-906574-1-0.

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

PRAŠKO, Ján, 2011. *Obecná psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2570-2.

PRAŠKO, Ján, Martin BAREŠ, Jiří HORÁČEK a Pavel MOHR, c2005. *Léčíme se s psychózou: co byste měli vědět o schizofrenii a jiných psychózách*:

příručka pro nemocné a jejich rodiny. Praha: Medical Tribune Group. ISBN 80-239-5482-2.

PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ, 2014. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0731-3.

RAGINS, Mark, 2018. *Cesta k zotavení*. Přeložil Jan RŮŽIČKA, přeložil Martin FOJTÍČEK. Praha: Fokus. Marco Cavallo. ISBN 978-80-902741-1-2.

STUHLÍK, Jan, 2001. *Asertivní komunitní léčba a case management*. Praha: Fokus Books.

ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.

THORNICROFT, Graham a George SZMUKLER, c2001. *Textbook of community psychiatry*. New York: Oxford University Press. ISBN 0192629972.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese / Marie Vágnerová*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál. ISBN 80-7178-802-3.

VACHKOVÁ, Lenka, 2008. Sociální a rehabilitační programy pro duševně nemocné. *Psychiatrie pro praxi*. Olomouc: Solen, 9(3), s. 130-133. ISSN 1213-0508.

VYBÍRAL, Zbyněk a Jan ROUBAL, ed., 2010. *Současná psychoterapie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-682-7.

Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

ZATROCHOVÁ, Zuzana, 2016. *Metodika programu nácviku samostatného života v tréninkových bytech v Psychiatrické nemocnici Bohnice*. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice. Metodika (Psychiatrická nemocnice Bohnice). ISBN 978-80906518-5-2.

Internetové zdroje:

Bohnice, 2021. *Bohnice* [online]. [cit. 2021-11-12]. Dostupné z: <https://bohnice.cz/lecba/nasledna-pece-1/>

FOITOVÁ, Zuzana, Petr HEJZLAR, Lucie KONDRÁTOVÁ a Jan LORENC, 2016. *Metodika časných intervencí v multidisciplinárních terénních týmech* [online]. [cit. 2021-09-11]. Dostupné z: http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/2017_02_metodika_fin_web.pdf

Fokus Praha, 2021. *Fokus Praha* [online]. [cit. 2021-11-15]. Dostupné z: <https://www.fokus-praha.cz/>

Na rovinu, 2021. *Na rovinu* [online]. [cit. 2021-07-15]. Dostupné z: <https://narovinu.net/lide/>

Seznam použitých zkratk

BAP	bipolární afektivní porucha
CARe	Comprehensive Approach to Rehabilitation
CDZ	Centrum pro duševní zdraví
MDT	multidisciplinární tým
MKN – 10	Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
PSR	psychosociální rehabilitace
SMI	severe mental illness