

Význam center duševního zdraví v pomoci lidem s duševním onemocněním a jejich rodinám

Bc. Marcela Dolejšová

Diplomová práce
2021



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

Akademický rok: 2020/2021

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Marcela Dolejšová**
Osobní číslo: **H190465**
Studijní program: **N0111A190013 Sociální pedagogika**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **Kombinovaná**
Téma práce: **Význam Center duševního zdraví v pomoci lidem s duševním onemocněním a jejich rodinám**

Zásady pro vypracování

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti sociální práce, sociální rehabilitace osob s duševním onemocněním a služeb Center duševního zdraví.

Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.

Realizace kvalitativního výzkumu formou rozhovoru.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu a jejich shrnutí.


Forma zpracování diplomové práce: **Tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- GOLEMAN, Daniel, 2011. Emoční inteligence. Praha: Metafora. ISBN 978-80-7359-334-6.
HOLLANDER, Dirk a Jean Pierre WILKEN, 2016. Podpora zotavení a začlenění: Úvod do metodiky care. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice. ISBN 978-80-260-9945-1.
KRAUS, Blahoslav, 2008. Základy sociální pedagogiky. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-383-3.
ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ, 2007. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.
VÁGNEROVÁ, Marie, 2014. Současná psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0696-5.

Vedoucí diplomové práce: **PhDr. Zuzana Hrnčířková, Ph.D.**
Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce: **15. ledna 2021**
Termín odevzdání diplomové práce: **23. dubna 2021**


Mgr. Libor Marek, Ph.D. děkan
doc. Mgr. Jakub Hladík, Ph.D. ředitel ústavu

Ve Zlíně dne 15. ledna 2021

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné;
- na diplomové práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací;

(1) Vysoká škola nevdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být ižě nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnožení.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li někdo za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vyrobené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpovídá-li autor takového díla udělit svolení bez věcného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nařazení chybnějšího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíží k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Diplomová práce mapuje plnění věcného zaměření a nastavených cílů Centra duševního zdraví (CDZ) v pomoci lidem s vážným duševním onemocněním a jejich rodinám. Teoretická část předkládá charakteristiku cílové skupiny CDZ v ryze sociálním významu, problematiku psychiatrické reformy a specifika sociální práce v multidisciplinárním pojetí. Praktická část prezentuje výsledky empirického výzkumu, realizovaného zvoleným kvalitativním přístupem. Cílem bylo analyzovat, jak CDZ Kroměříž plní poslání, pro které bylo zřízeno, pohledem pečujících osob.

Klíčová slova:

Duševní onemocnění, reforma psychiatrické péče, Centrum duševního zdraví, sociální práce, sociální pracovník, destigmatizace, rodinné soužití, případové vedení, CARE, kvalitativní výzkum

ABSTRACT

The diploma work follows fulfilling of focus and adjustment of the Mental Health Centre aims in terms of providing help to people with mental diseases and their families. Theoretical part offers characteristics of the MHC target group genuinely in social point of view, issues connected to psychiatrist reform and specific features of social work within multidisciplinary approach. Practical part of the diploma work shows results of empiric research, realized in chosen qualitative approach. The aim is to analyze, how MHC in Kroměříž fulfills its duties and tasks, through experience of persons who are being taken care of.

Keywords:

Mental disease, psychiatric care reform, Mental Health Centre, social work, social worker, destigmatization, family relationship, care management, care, qualitative research

Motto: „Studium vzdělává mládež, těší starce, kráší šťastné chvíle, je útočištěm a útěchou v neštěstí.“ Marcus Tullius Cicero římský filozof a státník

Tato práce je věnována všem pracovníkům a rodinám pečujícím o duševně nemocné osoby. Lidem, kteří žijí s nadějí a vírou v zotavení, nevzdávají se a prostě, jen žijí...

Mé poděkování patří PhDr. Zuzaně Hrnčířikové, PhD., za její odborné vedení diplomové práce, velkou podporu a přínosné konzultace: „Paní doktorko, budu na Vás dlouho vzpomínat a děkuji.“

Prohlašuji, že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	10
I.	12
TEORETICKÁ ČÁST	12
1 DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ	13
1.1 PORUCHY SCHIZOFRENNÍHO SPEKTRA.....	13
1.2 AFEKTIVNÍ PORUCHY.....	18
1.3 PORUCHY OSOBNOSTI.....	22
1.4 ANANKASTICKÁ PORUCHA.....	27
2 RODINNÉ SOUŽITÍ S OSOBOU DUŠEVNĚ NEMOCNOU	28
2.1 SOCIÁLNÍ VÝZNAM SCHIZOFRENIE.....	28
2.2 SOCIÁLNÍ VÝZNAM AFEKTIVNÍ PORUCHY.....	29
2.3 SOCIÁLNÍ VÝZNAM PORUCH OSOBNOSTI.....	30
2.4 SOCIÁLNÍ VÝZNAM OBSEDANTNĚ – NUTKAVÉ PORUCHY.....	30
3 PROBLEMATIKA DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH Z POHLEDU SOCIÁLNÍ PRÁCE	32
3.1 LEGISLATIVNÍ UKOTVENÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB.....	33
3.2 SOCIÁLNÍ PRÁCE PODPORUJÍCÍ ZOTAVENÍ OSOB S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM.....	35
3.3 SOCIÁLNÍ PRÁCE JAKO PREVENCE CHUDOBY A SOCIÁLNÍHO VYLOUČENÍ.....	37
3.4 DESTIGMATIZACE A PRÁVA OSOB S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM.....	44
4 CENTRUM DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ	48
4.1 CHARAKTERISTIKA CENTRA DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ.....	48
4.2 PERSONÁLNÍ ZAJIŠTĚNÍ CENTRA DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ.....	51
4.3 CENTRUM DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ A ZAVEDENÉ PŘÍSTUPY.....	54
4.4 SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK A JEHO FUNKCE V CENTRU DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ.....	57
II.	61
PRAKTICKÁ ČÁST	61
5 METODOLOGIE VÝZKUMU	62
5.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM.....	62
5.2 KVALITATIVNÍ VÝZKUM.....	62
5.3 VÝZKUMNÉ CÍLE.....	63
5.4 VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	64
5.5 VÝZKUMNÝ SOUBOR A JEHO ZPŮSOB VÝBĚRU.....	64
5.6 DESIGN KVALITATIVNÍHO VÝZKUMU.....	65
5.7 TECHNIKA SBĚRU DAT.....	66
6 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT	68
6.1 OTEVŘENÉ KÓDOVÁNÍ.....	68
6.2 AXIÁLNÍ KÓDOVÁNÍ.....	86
6.3 PARADIGMATICKÝ MODEL.....	87
7 SHRUTÍ VÝZKUMU	90
8 DISKUZE	94

ZÁVĚR	96
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	98
INTERNETOVÉ ZDROJE.....	102
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	105
SEZNAM OBRÁZKŮ	106
SEZNAM TABULEK.....	107
SEZNAM PŘÍLOH.....	108

ÚVOD

Současná společnost čím dál více podléhá stresovým faktorům, které jsou jedním ze sociálních aspektů vzniku psychických potíží a poruch. Analýza příčin psychického onemocnění hovoří o komplexnosti příčin, zahrnující genetický původ a determinaci vnějšího prostředí člověka. Vzniká tak fenomén narůstající neurotizace společnosti, který má za následek vyšší nemocnost v oblasti psychiatrie.

Problematika a závažnost tohoto faktu je spojena s rozvojem zhoršené kvality života nemocných, jejich častá hospitalizace v psychiatrických nemocnicích, sociální exkluze, náročná resocializace, zatížení rodinných příslušníků a vznik předsudků.

S reformou psychiatrické péče, zaměřenou na deinstitucionalizaci služeb o duševně nemocné, se velká část zdravotně-sociální péče těžištěm přesunula do přirozeného prostředí nemocné osoby. To má za následek změnu zakotvení v sociálním kontextu a hledání řešení nově vznikajících sociálních problémů.

Autorka práce každodenně přichází do kontaktu s duševně nemocnými osobami v rámci její profese sociálního pracovníka v Centru duševního zdraví. Zde hledá efektivní řešení problémů klientů, které často hraničí s chudobou a ztrátou základních životních potřeb – bydlení, nedostačující finanční zajištění, nezaměstnanost. Poukázat na rychle rozvíjející se problém považuje autorka za aktuální. Rovněž potřebu zjišťování současného postavení duševně nemocných osob a jejich rodin v době poskytování komplexní pomoci multidisciplinárním týmem Centra duševního zdraví (Národní akční plán pro duševní zdraví, 2020, str.10).

Cílem diplomové práce je zjistit, do jaké míry se daří plnit věcné zaměření a cíle Centra duševního zdraví Kroměříž pohledem pečujících osob. Jaký dopad má poskytovaná péče, pomoc a podpora na kvalitu života klientů a jejich rodin. Vyhodnotit nejvíce využívané služby a současně definovat služby, které absentují.

Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část práce obsahuje čtyři hlavní kapitoly. První kapitola je věnována duševnímu onemocnění obecně a detailnější charakteristice závažných duševních onemocnění osob, které jsou cílovou skupinou Centra duševního zdraví. Kapitola druhá popisuje problematiku rodinného soužití s osobou duševně nemocnou. Třetí kapitola přibližuje specifika péče o duševně nemocné

pohledem sociální práce. Pozornost je směřována na sociální práci podporující zotavení, sociální rehabilitaci, boj s chudobou a v neposlední řadě na stěžejní paragrafy zákona o sociálních službách. Čtvrtá kapitola teoretické části je zaměřena na vznikající Centra duševního zdraví jako hlavní pilíře v reformě psychiatrické péče, jejich charakteristiku, poslání a cíle organizace. Popisuje personální zajištění a kompetence jednotlivých profesí multidisciplinárního týmu. Charakterizuje cílovou skupinu a detailně specifikuje náplň práce sociálních pracovníků Center duševního zdraví.

Praktická část navazuje na význam a roli CDZ, avšak pohledem pečujících osob o duševně nemocné. Zvolený a realizovaný kvalitativní výzkum, na základě využití metody polostrukturovaného rozhovoru, přinesl nové poznatky a odpovědi na výzkumné otázky. Výsledky výzkumu tak mohou posloužit zřizovatelům Center duševního zdraví i všem zaměstnancům, jakožto evaluace fungování organizace. Napomoci ve stanovování a aktualizování cílů na další rozhodné období, rozšíření a zkvalitnění poskytovaných služeb či hlubší pochopení specifik života osob s duševním onemocněním. Práce je určena nejen čtenářům, jichž se samotná problematika dotýká, buď profesně či osobně, ale také širší veřejnosti, jako apel na stop stigma.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ

Duševní onemocnění a jeho charakteristika je ústředním tématem první kapitoly diplomové práce. Přibližuje vybraná psychická onemocnění, jakožto nezbytnou součást řešené problematiky. Osoby trpící psychotickým onemocněním jsou cílovou skupinou nově vznikajících Center duševního zdraví, kde je jim poskytována profesionální péče lékařů, zdravotníků a sociálních pracovníků.

Na specifika vybraných onemocnění je z medicínského pohledu přístupováno ve velmi zúženém pojetí. Autorka práce nezachází podrobně do medicínské vědy a terminologie, což je z hlediska úrovně odbornosti žádoucí. Cílem je vyspecifikovat jednotlivá onemocnění s výrazně sociálním významem.

Duševní onemocnění je vážné přechodné nebo trvalé duševní poškození v oblasti myšlení, prožívání a chování člověka (Koblihová, 2008, str. 105). Následky, jimiž mohou být zhoršení adaptability ve společnosti, snížená pracovní schopnost, stigmatizace, mají nedozírné následky sociálně ekonomického charakteru pro tyto osoby (Vágnerová, 2014, str. 343).

1.1 Poruchy schizofrenního spektra

Poruchy schizofrenního spektra jsou řazeny mezi nejzávažnější duševní onemocnění. Postihují mladou populaci, nejčastěji v adolescenci a nejsou podmíněny pohlavím, rasou nebo sociokulturním působením.

Významným způsobem negativně ovlivňují psychické funkce, což má často za následek změny v chování, v kognitivních funkcích, ve vnímání reality a nemocnou osobu vyřadí z běžného aktivního života (Vágnerová, 2014, str. 319–320).

Velkou skupinou forem příznaků duševního onemocnění, zahrnující poškození kognitivních funkcí, je schizofrenie. Schizofrenií trpí 1 % populace. Postihuje obě pohlaví stejně. Studie také dokládají, dle Svobody: „...*incidence je podobná napříč různými zeměmi.*“ (Svoboda a kol., 2006, str. 182). Schizofrenii je velmi náročné diagnostikovat, má nesčetné příznaků a projevů odrážejících se také od individuality osobnosti nemocného a typu schizofrenie. Odborníci hovoří o nejednotném klinickém obrazu. Tímto faktem si schizofrenie vysloužila přenesený název „nemoc sta tváří“ (Orel, Vágnerová, Venglářová, 2016).

Orel (2016, str. 721), ze sociálně společenského aspektu, ve své publikaci upozorňuje i na závažný problém pro nemocnou osobu a celou společnost v souvislosti s tendencí

schizofrenie zkracovat délku života až u 66 % nemocných. Dalších 10 % nemocných osob podlehne dokonanému suicidiu.

Projevy onemocnění schizofrenií a typické příznaky pro diagnostiku schizofrenie, Orel (2016, str. 716–722; Vágnerová, 2014, str. 322–329) ve své odborné publikaci vymezují takto:

Poruchy vnímání, též narušené dekodování informací doprovázené halucinacemi a bludy, jsou jedním z klinických projevů onemocnění schizofrenií. Halucinace definuje Vágnerová (2014, str. 323) jako: „*Klamné jevy, které vznikají nezávisle na vnějším podnětu, ale nemocný je nevyvratně přesvědčen o jejich realnosti, a proto mohou ovlivnit jeho chování.*“ Dále dodává: „*...halucinace bývají často spojené s bludovou interpretací.*“ K těmto projevům dochází narušením standardních psychických funkcí, kdy nemocná osoba nepřipouští skutečnost, že to, co vidí, slyší, prožívá, není reálné.

Poruchy myšlení u nemocných osob vznikají poruchou třídění informací a neschopností rozlišit informace důležité či méně důležité v dané situaci. Dochází k informační zahlcenosti, ovlivnění dynamiky myšlení, zpomalením nebo naopak zrychlením myšlenkových pochodů. Časté projevy lze vyzorovat v inkoherentním uvažování nemocného, ztrátě logičnosti, poruše plynulosti myšlení a těžce pochopitelným seskupením slov. Verbální komunikace se tak stává pro tyto osoby náročná, potažmo vyčerpávající (Vágnerová, 2014, str. 323–324; Venglářová, 2008, str. 76–77).

Z hlediska sociálního, je výrazně narušena sociální transakce duševně nemocného, nastupuje sociální izolace a dochází k syndromu sociálního vyloučení (Goldman, 1981 in Liberman 1988).

Poruchy emocí se projevují nesouladem mezi emoční reakcí a vyvolávajícím podnětem. Vzniká celková změna emočního ladění nemocné osoby. Reakce bývají nepředvídatelné, opačné, než by duševně zdravá osoba očekávala. U dlouhodobě nemocných osob může dojít až k emoční oploštělosti. Vágnerová (2014, str. 327) uvádí jako častý projev **afektivní ambivalenci**: „*...tj. protichůdnost, rozpornost a neslučitelnost citových prožitků.*“ Také vysvětluje, jak afektivní ambivalenci porozumět: „*...lze ji chápat jako projev dezintegrace emočního prožívání, který je prognosticky nepříznivý.*“

Tento stav zapříčiňuje neadekvátní chování nemocné osoby a rapidně snižuje schopnost jednat (Dörner a Plog, 1999), což se významně odráží v jeho schopnosti socializace a opět je to impulsem k sociální izolaci.

Poruchy chování, dezorganizace chování u nemocných osob je zjevné. Vágnerová ve své publikaci předkládá výčet narušeného chování:

- neklid;
- mluvení k sobě;
- neadekvátní smích;
- sociální izolace;
- neaktivita – apatie, nečinnost, zpomalenost až utlumení;
- bizarní chování – sebepoškozování;
- sklon k agresi až u 15 % nemocných osob;
- ztuhnutí a nemluvnost;
- porucha motorických funkcí (Vágnerová, 2014, str. 32).

V závěru výčtu poruch a příznaků psychotického onemocnění odborníci prezentují **poruchu sebeuvědomování**. Onemocnění způsobuje změnu vztahu nemocného sám k sobě. Pocit depersonalizace je zcela běžný, nemocné osoby své myšlenky nepovažují za vlastní, jsou jim vkládány a amputovány někým jiným. Trpí dojmem, že mají nadpřirozené schopnosti. Mnohdy neví, kdo jsou, ztrácí vlastní identitu (Vágnerová, 2014, str. 328).

Odborníci (Bankovská Motlová a Španiel, 2013; Vágnerová, 2006; Libiger, 2002; Svoboda, 2006) rozlišují schizofrenii na čtyři typy.

Zvláštní kapitolou je schizofrenie v dětském věku. Je považována za vzácné onemocnění. Projevuje se do 10 let věku dítěte. Oproti schizofrenii ve starším věku, kdy jsou nemocí postihováni muži i ženy ve stejném poměru, schizofrenie u dětí postihuje více chlapce.

Jelikož je dítě osobnostně nezralé, stává se mnohem zranitelnější a onemocnění narušuje ve všech úrovních jeho psychické funkce. Projevy jsou totožné jako u schizofrenie v dospělosti. Děti halucinují a mají bludy, projevuje se emoční labilita, u chlapců může docházet k agresivnímu chování či hyperaktivitě. Dívky upadají do sociální izolace. Postupně se u nemocného dítěte zhoršují kognitivní funkce, což má za následek narušení schopnosti socializace (Vágnerová, 2014, str. 341).

Odborné publikace (Vágnerová, 2006; Libiger, 2002; Svoboda, 2006) předkládají velmi podrobné popisy jednotlivých typů schizofrenie. Jejich charakteristiky, klinické projevy a další medicínsky důležité aspekty. Po nastudování odborných zdrojů vedlo autorku

diplomové práce zanést důležité, a k účelům této práce, obsahově nasycené informace do tabulky č. 1.

Tabulka č. 1: Základní dělení onemocnění schizofrenie (vlastní zpracování)

Typ schizofrenie	Základní charakteristika	Halucinace	Věk výskytu nemoci
Paranoidní schizofrenie F 20.0 <i>„neadekvátní výklad reality“</i>	blud s paranoidním obsahem, podezíravost, vztahovačnost, pocit ohroženosti, hrozba zničení, pronásledování, může se objevit patologická žárlivost	halucinace sluchové v podobě příkazujících hlasů	věkem neomezeno
Hebefrenní schizofrenie F 20.1 <i>„nevyzpytatelné projevy“</i>	pseudofilozofické uvažování, šaškovité chování podobné pubertálnímu, inkohrentní myšlení, nápadný verbální projev, slovní spojení neobvyklá, vytváří neologismy, problém s identitou	bizarní bludy, halucinace zrakové	rozvíjí se již v adolescenci a ranné dospělosti 15–25 lety
Katatonní schizofrenie F 20.2 <i>„nepřiměřenost pohybových projevů“</i>	psychomotorické poruchy, produktivní forma, stuporózní forma, negativismus, nevyzpytatelné chování na příkaz halucinací, opakování určitých slov a pohybů	hlasové halucinace zakazující mluvit, jíst, jednat	věkem neomezeno
Simplexní schizofrenie F 20.6 <i>„redukce volní složky“</i>	pomalý rozvoj nemoci, apatie, ztráta vůle, izolovanost, úzkosti, nespavost, nepřizpůsobivost, deprese, žádný výkon, zdánlivá lenost, nečinnost, ztráta schopnosti péče sám o sebe	opakované psychotické epizody	rozvíjí se pomalu v ranném mládí

Zdroj: Vágnerová, 2006; Libiger, 2002; Svoboda, 2006 (upraveno)

Otázka léčby a resocializace nemocných osob. Jedním z mýtů o psychotických pacientech hovoří o jejich nevléčitelnosti a celkové neschopnosti fungovat v běžném životě, tudíž by měli trvale pobývat v psychiatrických nemocnicích.

Odpověď na tento mýtus přináší odborníci z oblasti psychiatrie (Vágnerová, 2014, str. 347–348; Svoboda, Kučerová, 2006, str. 195–200; Hollander, 2011, str. 7–8).

Schizofrenie je léčitelná, resocializace a rehabilitace je možná. V kombinaci, s psycho-farmakologickou léčbou, psychoterapií a socioterapií mají nemocní velkou šanci na uzdravu a plnohodnotný život. Léky tlumí projevy nemoci, úzkosti a napětí. Důležitým faktorem je pracovat s nemocným individuálně, s vysokou profesní úrovní, aby se začal orientovat sám v sobě a získal si náhled na své onemocnění. Častým jevem u takto nemocných osob je, že si psychotické onemocnění nepřipouští. Nevěří v určenou diagnózu a odmítají pravidelně užívat léky. To má přímý vliv na rapidní zhoršení zdravotního stavu s nutnou hospitalizací.

Úkol psychoterapie spočívá v podpoře nemocného při zvládnání nemoci. Motivací a psychoterapeutickými přístupy docílit u nemocného pochopení své nemoci. Jen tak lze úspěšně zvládat léčbu, dodržovat medikaci a pracovat na zlepšení kognitivních funkcí.

Potřebnou aktivizaci nemocného a resocializaci zajišťují speciálně vyškolení sociální pracovníci v socioterapii. Socioterapie zahrnuje hned několik oblastí, ve kterých se má nemocný adaptovat. První a velmi významnou oblastí je rodina, Vágnerová (2014, str. 347) apeluje na důležitost vztahů v rodině: *„Důležitá je úprava soužití v rodině nemocného zaměřená na zvládnání problémů v daném sociálním kontextu. Rodině je třeba poskytnout podporu a porozumění, cílem je zlepšení atmosféry a redukce zdrojů napětí.“*

Podpora a pomoc rodinám nemocných cílí na udržitelnost soužití. Po dlouhodobých a opakovaných hospitalizacích nemocný ztrácí sociální dovednosti, tudíž návrat do přirozeného prostředí nemocného je nejvhodnější. Pokud rodina odmítá sdílení společné domácnosti s psychotickým členem rodiny, vzniká problém s umístěním nemocného do jiného zařízení, než je psychiatrická nemocnice a musí se přistupovat k dočasnému opatření.

Aktivizačními činnostmi sociální pracovníci vedou nemocné k dodržování režimu dne, pravidelnému užívání léků, péči o sebe samotné. Vytvářením individuálních programů napomáhají nemocné osobě udržovat sociální kontakt, neizolovat se a zůstat kompetentní ke všem nutným úkonům.

V případě, že je nemocný kompenzován, jeho stav je dlouhodobě stabilizovaný a spolupracuje s lékaři, přechází pracovníci k poslednímu bodu resocializace. Tím je hledání přiměřené práce na zkrácený úvazek. Vhodným pracovním startem mohou být chráněné

pracovní dílny. Každá nemocná osoba je individuální s jinými schopnostmi a dovednostmi, odlišným omezením duševní nemocí a sociální adaptací. Uvedené důvody se pečlivě zohledňují při hledání práce jednotlivci. Cílem je dosažení maximální možné sociální adaptace, samostatnosti a nepřetížit organismus nemocného (Vágnerová, 2014, str. 348).

Při jakékoliv terapii musí terapeut pracovat na posílení sebedůvěry, užitečnosti nemocného a nepřipustit jeho pocit selhání.

Nejdůležitější roli v resocializaci a zotavení každého člověka hraje rodinné nebo sociální zázemí. Bez podpory, pomoci rodiny a přátel se šance na zlepšení zdravotního stavu výrazně snižuje. Tímto se otevírá otázka sociálního významu nemoci a téma problematiky soužití s duševně nemocnou osobou.

1.2 Afektivní poruchy

Osoby trpící afektivní poruchou, jsou druhou cílovou skupinou center duševního zdraví. Afektivní poruchu definuje Vágnerová (2014, str. 351): „...je chorobná nálada, která neodpovídá reálné životní situaci nemocného a narušuje jeho uvažování, chování i somatické funkce.“ Jedná se o závažné onemocnění s negativním dopadem na emoční ladění, psychiku a fyziologické funkce nemocné osoby. Řazena je do poruch nálad, kde patří depresivní, manické a smíšené epizody.

Svoboda (2016, str. 202) ve své publikaci uvádí, že příčiny poruch nálad nejsou známy. Pracuje se pouze s genetickými, psychosociálními a biologickými faktory, které mají podíl na vzniku onemocnění.

V aspektech výskytu a příčin vzniku onemocnění Vágnerová podrobně popisuje problém náročného zjišťování příčin. Hovoří o souboru poruch s podobnými symptomy. V publikaci rovněž potvrzuje multifaktoriálnost podmiňující vznik onemocnění: „Jde o soubor dědičných dispozic, vývojově podmíněných změn i různých aktuálních zátěží, které fungují jako dispoziční, spouštěcí a udržovací faktory“ (Vágnerová, 2014, str. 353).

Nejčastěji a ve většině případů afektivních poruch jde o depresi nebo depresi střídající mánii. Postihuje až 18 % populace, zastoupení nemoci v četnosti napříč různými zeměmi není stejné, tak jak tomu je u schizofrenie.

V současné společnosti je monitorován trend snižování věkové hranice lidí s depresivní poruchou, dříve uváděný věkový průměr 30 let, již nelze považovat za exaktní údaj. Co se nemění, je poměr onemocnění mezi muži a ženami. Depresi trpí více ženy, odborné

publikace uvádí poměr 1:2 a je prokázána určitá podmíněnost ročním obdobím, počasím či sociálními rolemi (Vágnerová, 2014, str. 353).

Depresivní poruchy členíme na velkou depresivní poruchu a dystymní poruchu. Tyto depresivní poruchy je možno rozpoznat na základě typických symptomů.

Obsáhlý výčet klinických projevů depresivní poruchy předkládá Venglářová (2008, str. 79):

- trýznivě smutná nálada, negativní myšlení;
- apatie a ztráta radosti;
- narušení vůle, motivace;
- úbytek potřeb nemocného, úpadek v péči sám o sebe;
- ztráta chuti k jídlu a kolísavá váha;
- poruchy spánku;
- psychomotorický neklid nebo útlum;
- ztráta energie, zpomalení;
- pocity bezcennosti a viny, tendence k sebepoškození;
- poruchy soustředěnosti a obtížné přemýšlení;
- ztráta smyslu života, suicidální sklony a pokusy.

Somaticky je deprese doprovázena svíráním na hrudi, bolestmi kloubů a svalů, bolestí v zádech a hlavy, žaludeční neurózou, pocitem těžkých nohou a mnoha dalšími (Venglářová, 2008, str. 79). Stejně jako u schizofrenie, depresivní ladění může výrazně ovlivnit kognitivní funkce nemocného, lze pozorovat změny v chování, somatické projevy a u 8–15 % nemocných bludné symptomy.

Porucha kognitivních funkcí je zapříčiněna zejména změnou interpretace a dichotomickému hodnocení, laicky nazýváno „vidí svět černobíle“. Dochází ke změnám v emočním ladění až emoční oploštělosti, což vede podle Vágnerové (2014, str. 358) ke: „...*kognitivní dezorientaci*.“ Nemocné osoby nejsou schopny plánování, vytrvat v jakékoliv činnosti, ztrácí schopnost rozhodování, a zkraslený obraz mají ve vlastním sebehodnocení, s čímž úzce souvisí obsah bludných projevů.

Bludné obsahy jsou často velmi bizarního charakteru a zpravidla se dotýkají těch nejtímnějších oblastí lidské bytosti.

Tabulka č. 2: Dělení bludných symptomů depresivního onemocnění (vlastní zpracování)

Typ	Charakteristika
Mikromanický blud	Nic neznamenamám, jsem ubožák, nemám žádnou hodnotu.
Autoakuzační blud	Jsem viníkem všeho, všechny dělám nešťastné, ničím lidi a vztahy kolem sebe, musím se zabít, jen to je řešení.
Hypochondrický blud	Trpím smrtelnou chorobou, nemám plíce, můj žaludek je propálený – udává mnoho bizarních diagnóz.
Perzekuční blud	Jsem špatný člověk a musím za to být potrestán.
Nihilistický blud	Neexistuji, svět zanikne, všichni zanikneme.

Zdroj: Vágnerová, 2014, str. 36 (upraveno)

Změny v chování se výrazně projevují i u depresivní poruchy. V souvislosti se ztrátou energie, nástupem únavy a vyčerpání, nemocné osoby prochází negativní změnou v denní aktivitě, zpomalují se reakce na podněty, změny ve verbální i neverbální komunikaci a vzhled nemocného je podmíněn odlišnou mimikou a celkovým projevem. V případě depresivních osob s motorickým neklidem je typická nadměrná aktivita (Vágnerová, 2014, str. 361).

Mezi afektivní poruchy osobnosti medicína dále řadí bipolární poruchu, která je dělena na tři typy. Charakteristika tohoto onemocnění tkví ve střídání nálad depresivních s manickými či hypomanickými. Postihuje ženy i muže ve stejném poměru, v mladém věku. Svoboda, v souvislosti s tímto onemocněním, apeluje na důležitost správného diagnostikování, odlišení bipolární poruchy od depresí. Důvodem je rozdíl ve farmakoterapii, kdy k léčbě depresí slouží antidepresiva a u bipolární poruchy se jedná o stabilizátory nálad, tymoprofylaktika. Špatnou diagnostiku lze dát do rovnítka špatná medikace, která je příčinou vyvolání manických stavů trvajících až 5 týdnů (Svoboda, 2016, str. 207).

Manický syndrom charakterizují změny nálad. Definice Vágnerové (2014, str. 364): „Hlavním symptomem je nepřiměřeně povznesená nálada spojená s hyperaktivitou, expanzivitou a rozjařeností.“

V případě manických stavů rovněž dochází k poruchám kognitivních funkcí, změnám v chování se specifickými somatickými projevy. V kognitivní oblasti se nemoc projevuje v deformaci uvažování, nekritičnosti, neúměrném optimismu, nesprávném zrychleném myšlení, megalomanství (Vágnerová, 2014, str. 364–365).

Chování je provázeno zrychlením a neúměrnou aktivitou. Venglářová (2008, str. 79), detailně popisuje možné projevy manického chování, kdy si nemocný neuvědomuje následky svého jednání. Rozdává věci, peníze, mnohdy celoživotní úspory, nadměrně konzumuje alkohol, nahodile se seznamuje s lidmi, cítí se výjimečný a významný. Nevědomě se tímto chováním dostává do problémů jak sociálních, tak finančních.

Výčet projevů manických epizod Venglářová udává nespočet, autorka práce předkládá ty nejzávažnější či odlišné od depresivní poruchy.

Stejně jako u schizofrenie, afektivními poruchami trpí i děti v pubertálním věku, 1–2 % a adolescenci, 3–8 %. Příznaky, uváděné v odborných publikacích, jsou obdobné jako u dospělých osob. Typické u dětských afektivních poruch je rapidní zhoršení soustředěnosti, zpomalení myšlení, narušení paměti a ústup dětské zvědavosti. Uvedené změny ovlivňují výsledky dítěte při studiu, umocňují negativní myšlení, přístup ke škole a bortí se tak jeho výhled v pozitivní budoucnost (Vágnerová, 2014, str. 369–370).

Léčba a resocializace afektivních poruch je pozitivnější prognózy v porovnání s onemocněním schizofrenie. Afektivní poruchy postihují integritu a osobnostní složku člověka zřídka. Významný je ovšem fakt hovořící o zvýšeném riziku suicidálního syndromu nemocných. O sebevraždu se pokusí až 15 % depresivních osob, druhým nepříznivým faktem je vznik postižení dlouhodobého charakteru u takto nemocných osob. Proto medicína přistupuje k účinné farmakologické léčbě, která zmírňuje potíže a projevy afektivních poruch.

Paralelně s medikací prochází nemocní psychoterapií. Význam psychoterapie je spatřován podle Vágnerové: „...v zaměření na pacientovo porozumění vlastní situaci, pochopení svého onemocnění a vytvoření lepšího vztahu k sobě i k okolnímu světu“ (2014, str. 374).

Socioterapie jakožto nástroj resocializace a rehabilitace pracuje na aktivizaci nemocného a hledání vhodného pracovního zařazení s menším psychickým a fyzickým zatížením. Jedna z nejdůležitějších funkcí socioterapie a psychoterapie je práce s rodinou nemocného. Podpora a pomoc při vytváření prostředí, vhodného pro plnohodnotné soužití všech členů rodiny (Vágnerová, 2014, str. 374).

Důsledkem onemocnění, pohledem sociálního významu, jsou adaptační potíže nemocného, časté sociální selhávání a dle Svobody (2016, str. 201) jedna z nejhlavnějších příčin pracovní neschopnosti ve vyspělých zemích: „*Již dnes ve vyspělých zemích pět z deseti hlavních příčin vedoucích k neschopnosti tvoří psychické poruchy.*“ Závěrem Svoboda dodává odhad, kdy v tomto roce 2020, je depresivní porucha jednou z vedoucích příčin pracovní neschopnosti člověka. Tato prognóza vede k zamyšlení Světovou zdravotnickou organizací a hledání nových řešení. Dát v roveň psychické a fyzické onemocnění, transformovat afektivní poruchy na primární péči, do ambulancí praktických lékařů, je jedním z nich (Svoboda, 2016, str. 201).

1.3 Poruchy osobnosti

Třetí cílovou skupinou Center duševního zdraví jsou lidé s poruchami osobnosti. Pomoc a podpora multidisciplinárního týmu takto nemocným je ojedinělá, přestože procento výskytu onemocnění je vysoké, někde mezi 20–30 %. Důvod ojedinělosti lze přisuzovat charakteristice onemocnění, špatná spolupráce nemocné osoby nebo chybí náhled na nemoc a potřeba pomoci nevzniká.

Nejčastěji se s osobami s poruchou osobnosti setkávají pracovníci Center duševního zdraví v terénu, v případech krizové intervence, která mnohdy končí hospitalizací v psychiatrické léčebně.

Svoboda (2016, str. 255) poruchy osobnosti definuje jako: „...*extrémně vystupňovanými povahovými a charakterovými rysy, které vedou k poruchám sociální adaptace.*“ Jedná se o poruchu trvalého charakteru, vybočující z normy, která je doprovázena jistými abnormálnostmi v chování a prožívání nemocného. Maladaptivní projevy jsou zdrojem značných problémů nemocných osob. Nepřizpůsobivost, agresivita, nepřiměřené reakce k daným situacím, chování narušující harmonii a mnoho jiných – jedná se o strohý přehled projevů chování jedinců s poruchou osobnosti (Svoboda, 2016, str. 255; Vágnerová, 2014, str. 469).

Vznik poruch osobnosti má několik teorií. Svoboda ve své odborné publikaci uvádí jednu z nich, a to kombinaci temperamentu a charakteru. K otázce temperamentu se Svoboda opírá o nové dělení temperamentu americkým psychologem Cloningerem, kdy Vágnerová toto dělení podrobněji rozpracovala v odborné publikaci „*Současná psychopatologie pro pomáhající profese*“ (Svoboda, 2016, str. 256; Vágnerová, 2014, str. 468).

S ohledem na rozsáhlost problematiky Cloningerova dělení temperamentu, je pro snazší přehlednost zanesena do tabulky č. 3.

Tabulka č. 3: Čtyři dimenze dělení temperamentu podle Cloningera (vlastní zpracování)

Typ dimenze	Charakteristika nemocného	Projevy
Nové a silné zážitky	Typické pro lidi s disociální poruchou, u opačného ladění typické pro anankastickou poruchu osobnosti	Vyhledávání vzrušení a rizika, silná touha po něčem novém nebo opačné ladění, vyhýbání se novým zážitkům
Vyhýbání se nepříjemnostem a nebezpečí	Typické pro lidi s vyhýbavou poruchou osobnosti a závislou poruchou osobnosti	Zvýšená opatrnost, nedůvěřivost, úzkostné postoje k nebezpečnému
Závislost na odměně	Typické pro lidi s narcistickou poruchou, u opačného ladění typické pro schizoidní poruchu osobnosti	Zvýšená potřeba pochvaly, odměny, ocenění nebo opačné ladění, lhostejnost vůči ostatním názorům
Vytrvalost a stabilita	Typické pro lidi s paranoidní poruchou, u opačného ladění jde o emočně nestabilní poruchu osobnosti.	Perfekcionismus a píle, tendence pracovat až do fáze sebedestrukce, jedou na výkon, opačné ladění, nestálost, lhostejnost, rezignace

Zdroj: Vágnerová, 2014, str. 467–468 (upraveno)

Mezi uvedené typy dimenze někteří odborníci přiřazují návykové a impulsivní poruchy.

Biologický základ onemocnění je uváděn odborníky v konkrétní hormonální dysbalanci jednotlivých poruch osobnosti.

Prenatální období je rovněž choulostivé na možný vznik onemocnění. Existuje řada faktorů, negativně ovlivňujících plod. Vágnerová mluví o vlivech vnitřního a vnějšího prostředí. Nepříznivý vývoj mozku je následkem negativního působení taktéž sociálního prostředí a funkčnosti rodiny (Vágnerová, 2014, str. 471).

Odborné publikace předkládají dělení poruch osobnosti dle klasifikace MKN–10. Typy poruch, charakteristika a projevy nemoci či popis léčebných metod je obdobný u všech

autorů. Pro tuto diplomovou práci byl zvolen zdroj doktora Svobody (2006) „*Psychopatologie a psychiatrie*“.

Formy poruch osobnosti podle MKN–10 (Vágnerová, 2014, str. 475–476):

- *Paranoidní porucha osobnosti* – klíčovým slovem, nejpřesněji vystihujícím tuto poruchu je nedůvěřivost. Na nedůvěřivosti a podezírání je postaveno negativní smýšlení a chování nemocných, které má za následek rozvraty vztahů, problémy v práci a rodině. Absentují empatie a přátelské postoje.
- *Schizoidní porucha osobnosti* – schizoidní poruchu lze definovat jako poruchu „nepotřeby být milován“, všeobecný nezájem o lidi je vyčleňuje ze společnosti. Emoční oploštělost jim neumožňuje chápat emoční projevy druhých. Projevují se chladně a okolí o tyto lidi nejeví zájem. Zůstávají bez přátel, uzavírají se před okolním světem, ke kterému jsou lhostejní.
- *Disociální porucha osobnosti* – z hlediska sociálního, je možno považovat disociální poruchu za jednoho z původců problémů ve společnosti, v komunitě, v soužití. Osoby trpící disociální poruchou nejsou schopny akceptovat běžné normy dané společnosti. Své potřeby uspokojují bez ohledu na druhé, naopak mají tendence lidi zneužívat. Vlastnosti typu odpovědnost, zájem, pomoc, péče, přátelství jsou jim neznámé. U osob s těžkou kriminální minulostí se až u 75 % prokázala disociální porucha osobnosti (Němec, 1993; Balon, 2002).
- *Emočně nestabilní a hraniční porucha osobnosti* – charakteristická je emoční labilita a impulsivita. Z psychiatrického aspektu jde o jednu z nejčastějších diagnóz, postihující více ženy. Dělena je na hraniční a impulsivní typ. Osoby s hraniční poruchou osobnosti trpí úzkostmi a depresemi, cítí se prázdní a svět vnímají dichotomicky. Vztahy se vyznačují nestálostí a promiskuitou. Tendenční sklony k adiktivnímu chování způsobují rané zkušenosti s drogou či alkoholem. Typické je pro ně suicidální chování a opakované sebepoškozování, kterým se snaží uvolnit emoční diskomfort a napětí. Impulsivní typ poruchy je provázen nepředvídatelnými výbušnými reakcemi, náladovostí, neschopností nést odpovědnost za své chování, které může vyústit až do chování asociálního. Ostatní uváděné příznaky jsou totožné s hraniční poruchou osobnosti.
- *Histrionská porucha osobnosti* – chování osob s touto poruchou je provázeno egocentriem, neustálou potřebou obdivu druhých, intrikami, manipulací, lhavostí,

podvodným jednáním, demonstrativními suicidálními pokusy, vymyšlením dramatických příhod. Důvodem je vztahovat pozornost na svou osobu, být za každých okolností středem pozornosti. Poruchou trpí více ženy a narcistické osobnosti.

- *Úzkostná porucha osobnosti* – pesimismus, neustálý strach a napětí, pocity ohrožení, tak lze charakterizovat osoby s úzkostnou poruchou. Vyhýbá se všemu, co by jej mohlo potenciálně ohrozit. Strach ze selhání, kritiky, opuštění vedou nemocného k sociální izolaci. Nadměrná citlivost u těchto osob ovlivňuje interpretaci různých situací a podnětů, hůře snáší i sebemenší kritiku.

Okolím mohou být vnímány jako vztahovačné, nekontaktní a zájem o ně upadá. Paradoxem je rozpor mezi tím, jak je nemocný vnímán okolím a jeho vnitřními potřebami prožívat hluboký vztah, touhu po uznání. Negativní self jim znemožňuje objektivně nahlížet sami na sebe, trpí komplexy méněcennosti, sebedopceňováním, absentuje sebeúcta i uznání vlastní hodnoty. V sociálním kontextu je nutno zmínit, že toto onemocnění ovlivňuje sociální vazby, narušuje partnerské vztahy nemocné osoby a v rámci profese rezignují na karierní růst. Uvedené aspekty výrazně snižují kvalitu života nemocné osobě a blízkému okolí (Vágnerová, 2014, str. 487).

- *Závislá porucha osobnosti* – osoby s touto poruchou charakterizuje neschopnost převzít odpovědnost sami za sebe. Závislost na druhé osobě je následkem strachu z osamostatnění. Nevěří ve své schopnosti, propadají beznaději, přejímají názory druhých a jejich submisivní chování se postupně zhoršuje. Typické pro osoby se závislou poruchou jsou nefunkční partnerské vztahy, ponižování a urážení ze strany partnera. Závislost na partnerovi jim nedovoluje ze vztahu odejít i přes fakt, že jsou psychicky a fyzicky týráni.
- *Schizotypální porucha osobnosti* – se projevuje excentrickým chováním a zvláštními myšlenkovými pochody. Nemocní komunikují prostřednictvím metafor, prezentují své nadpřirozené magické schopnosti a umění předvídat budoucnost. Dalšími znaky jsou, pověřivost, fantazírování, pseudofilozofování a emoční plochost, což umocňuje pocity odosobnění a derealizace.

Ve všech typech poruch osobnosti lze detekovat změny v chování, prožívání, myšlení či vyjadřování se. Postihují kognici, afektivně emotivní stránku osob a negativně ovlivňují

zvládání sociálních rolí ve společnosti. Tato kritéria podmiňují diagnostiku poruch osobnosti a následnou léčbu.

Za vhodnou léčbu s pozitivními výstupy Svoboda (2016, str. 265) předkládá farmakoterapii: „...nejvíce užívaným přístupem je symptomově specifický farmakologický model...“ Podle hlavních okruhů symptomů poruch osobnosti jsou psychiatry volena vhodná farmaka. Zásadní nefarmakologickou léčbou je psychoterapie. Terapeuti v případě osob trpících některou z poruch osobnosti obecně využívají hned několik terapeutických přístupů.

Kučerová (2016, str. 266–267) dělí psychoterapie takto:

- Podpůrná psychoterapie – významná v určení maladaptivního vzorce chování.
- Psychoanalytická psychoterapie – významná v určení obranných mechanismů.
- Skupinová terapie – významná v podpoře, získávání zpětné vazby, v inter-personálním učení.
- Kognitivně behaviorální terapie – významná v zaměření se na současnost, ve změně chybného myšlení a chování.

Dušek, Večeřová Procházková (2015, str. 1332–1338), cíl terapie poruch osobnosti definují: „Cílem léčby je odstranění, modifikace nebo redukce existujících symptomů, podpora osobního růstu a vývinu, oslabení či odstranění rušivých vzorců chování.“

Jedná se o dlouhodobý proces, avšak komplexní léčba s farmakoterapií účinný. Publikované studie dokládají účinnost psychoterapeutických intervencí. Poslední studie ukazují na kognitivně-behaviorální terapii, která potvrzuje úspěšnou prognózu v léčbě poruch osobnosti (Dušek, Večeřová Procházková, 2015, str. 1335–1340).

Odborníci se shodují i v oblastech intervencí zaměřených na sociální oblast života nemocných osob. Apelují na posilování motivace, obnovení pracovních návyků, rozvíjení nemocného s přísným ohledem na jeho individuální schopnosti a kapacitu. Komplexní přístupy v léčbě poruch osobnosti se sociální rehabilitací mohou úspěšně zmírňovat negativní sociální dopady u nemocných a jejich rodin (Dušek, Večeřová Procházková, 2015, str. 1367–1371). Péče je směřována také k rodinám a blízkým nemocného. Edukaci rodin a blízkých se věnují primárně psychiatři a psychoterapeuti (Dušek, Večeřová Procházková, 2015, str. 1382–1388).

Informovanost v oblasti duševních onemocnění prošla vývojem, je dostupnější a cílena i směrem ke společnosti s výrazně destigmatizujícím konceptem.

1.4 Anankastická porucha

Nejmenší zastoupení v centru duševního zdraví mají osoby trpící anankastickou, obsedantně-kompulzivní poruchou. Cílovou skupinou jsou především pro krizové intervence v období jejich dekompenzace. Terénní tým k nim domů vyjíždí zpravidla na požádání blízkých osob či telefonní intervence nemocného. Ve fázi kompenzovaného stavu, jsou předáni zpět do péče k registrovanému psychiatrovi a do centra dochází na individuální nebo skupinové psychoterapie.

Charakteristiku osob s anankastickou poruchou (dříve obsedantně-kompulzivní) Vágnerová, Svoboda, Dušek shodně popisují jako nepřetržitý strach s úzkostmi vedoucími nemocného k přílišné opatrnosti, svědomitosti a perfekcionismu. Rigidní myšlení a chování, stereotypní tendence, neustálé plánování či dodržování pravidel dodávají nemocnému pocit jistoty (Vágnerová, 2014, str. 485; Svoboda, 2016, str. 259; Dušek, 2015, str. 1286).

Anankastická porucha ovlivňuje emoční prožívání nemocného, projevem je neschopnost se radovat, ladění je stabilně mrzuté a reakce na změny neadekvátní. Jejich citlivost na kritiku vyvolává nejistotu, vztek a úzkost. V zaměstnání je typická pro tyto osoby orientace na výkon. Partnerské vztahy poznamenávají aspekty puntičkářství, kritičnosti, absence smyslu pro humor a celkově nepříjemné chování, tím se stávají neoblíbenými.

K otázce léčby a resocializace se Vágnerová vyjadřuje takto: „*Velmi důležitá je ochota spolupracovat, která v tomto případě často chybí. Impulz k léčbě vychází spíše od příbuzných či přátel*“ (2014, str. 492). Citace dokládá složitost léčby nejen anankastické poruchy osobnosti, dotýká se celého spektra duševních onemocnění. Rovněž potvrzuje význam spolupráce rodiny a přátel, kteří mají schopnost vysledovat příznaky začínajícího onemocnění a přivést tak včas nemocného k lékaři (Vágnerová, 2014, str. 485–492).

Léčebně terapeutický přístup k anankastické poruše je rovněž komplexní, složen z farmakologické léčby, psychoterapie a resocializace. Farmakologická léčba tlumí nepříjemné symptomy úzkostných stavů a depresí, psychoterapie vede nemocného k zotavení a náhledu na samotné onemocnění. Resocializace nebo sociální rehabilitace edukuje nemocné osoby v sociálních dovednostech, porozumění příčinám svého jednání a schopnostech řešit problémy.

2 RODINNÉ SOUŽITÍ S OSOBOU DUŠEVNĚ NEMOCNOU

„*My, příbuzní duševně nemocných, známe hluboký smutek, nerovnost, stigma a izolaci, avšak žijeme v naději. Spoluprací na jakékoliv úrovni – místní, národní a mezinárodní – můžeme zlepšit život našich nemocných a získat optimismus do budoucnosti*“ (L. Johnson, 1995, [online]).

Úvod druhé kapitoly je věnován citaci L. Johnsona, psychologa a otce vážně duševně nemocného syna. Citace je výňatkem z publikovaného článku „*Rodina a soužití s psychiatrickým pacientem*“ (1995, [online]). Význam rodiny, její role v pomoci svým nemocným blízkým a specifika soužití, je ústředním tématem kapitoly. Ta předkládá problematiku rodinného soužití v kontextu s jednotlivými duševními poruchami.

Rodiny bojující s psychózou jsou mnohdy přehlíženým společenským tématem. Často je prezentován obraz psychické pomoci lidem postiženým živelnou katastrofou či imigrantům, avšak podpora rodinám zatíženým katastrofou výskytu duševního onemocnění je upozaděna.

Charakteristické chování takto postižených rodin spočívá v hledání pomoci hlavně nemocným blízkým, a ne sami pro sebe. Přitom prochází těžkým obdobím stresu, vyrovnáváním se s diagnózou blízkého, zvládáním konfliktů a strachem. Rodiny si zaslouží pozornost odborníků, pomoc psychickou a materiální, neboť jejich účast na léčebném procesu je dnes již neodmyslitelná.

Problematika soužití s duševně nemocnou osobou a možná řešení, jsou součástí cílů CDZ. Volené téma této kapitoly navazuje na empirickou část diplomové práce a současně předkládá nejen fakta opírající se o odbornou literaturu, ale také vychází z profesních zkušeností autorky práce. Jednotlivé subkapitoly přibližují sociální význam duševních onemocnění s dopadem na rodinu a blízké, což dokládá nutnost práce s rodinami, pomáhat jim tak intenzivně, aby **nedocházelo k jejich rozpadu**.

2.1 Sociální význam schizofrenie

Pohled na schizofrenii je ve společnosti diferencovaný. Na jedné straně, nedostatek informací o samotné nemoci, jejím vzniku, průběhu a léčbě, má dopad na stigmatizaci a vznik předsudků. Na straně druhé, aktuálně se rozvíjí osvěta v oblasti duševního zdraví, která by měla zmírnit nejistotu a strach z kontaktu a soužití se schizofrenikem.

Sociální význam nemoci a její dopady jsou zaznamenávány v mnoha oblastech. Nemoc vzniká pomalu a nenápadně. Až na nepatrné specifické příznaky a změny v chování se nemusí včas rozpoznat, že jde o těžkou duševní nemoc.

Změny jsou tak připisovány povahovým rysům či charakteru člověka a ne nemoci. Počínající příznaky, deprese, úzkosti, podrážděnost, poměrně často duševně nemocní řeší užíváním návykových látek a alkoholu. Tento přístup urychlí první schizofrenní ataku, nemocný se dostává do psychiatrické nemocnice, kde je následně diagnostikován duální diagnózou, schizofrenie a abusus návykových látek.

Velmi čtým sociálním problémem, především u duálních onemocnění, je zadlužování se a zadlužování celé rodiny. Následné exekuce, které jsou pro duševně nemocné těžce řešitelné, bývají častou sociální zakázkou.

Neléčená schizofrenie může být doprovázená agresivním chováním vůči rodině, ale i okolí. Chování je iracionální a nepředvídatelné. Takovéto ladění nemocného vede až k možnému fyzickému napadení a těžkému ublížení na zdraví. Poté duševně nemocný přichází před soud, kde je mu ustanovena ústavní ochranná léčba.

V akutní fázi onemocnění, doprovázené bludy a sluchovými halucinacemi, dochází k suicidálním pokusům. Podle výpovědí osob s nedokonaným suicidiem uvádí, že jednalo na příkaz hlasů, tzv. imperativní halucinace (autorka práce čerpá z výpovědí klientů CDZ).

Uvedené sociální aspekty, plus obavy z recidiv akutních ataků nemoci, působí jako obrovská zátěž u rodin a blízkých. Soužití tak bývá narušené, nezvladatelné, provázené pocity bezradnosti, rodina rezignuje a dochází k jejímu rozpadu. Což má další negativní dopad na duševně nemocnou osobu.

2.2 Sociální význam afektivní poruchy

Charakteristické chování osob s afektivní poruchou je ve dvou extrémních polohách. Jedná se o depresivní stavy, jež jsou střídány manickými fázemi. Nejvíce zatížená je rodina nemocné osoby. Střídání nálad negativně ovlivňuje všechny členy rodiny. Depresivní fáze způsobuje naprostou neschopnost cokoli dělat, dojít do zaměstnání a vykonávat práci. Nemocný může být vnímán rodinou jako líný a neochotný. Pesimismus narušuje rodinné vztahy a akceptovat jej, je psychicky náročné. Stejně jako u schizofrenie, v depresivní fázi dochází i k suicidálním pokusům.

Druhá poloha nemoci je manická. Jde o rušivé projevy a excesy. Manická fáze je provázena iracionálním myšlením a tendencí utrácet peníze. Proto mohou nemocní způsobit obrovské finanční škody v zaměstnání nebo v rodině. Mnohdy jsou schopni veškeré celoživotní úspory rozdat lidem na ulici (autorka čerpá z výpovědi klienta CDZ). Soužití s lidmi s afektivní poruchou je náročné. „*Afektivní poruchy mohou vést k narušení mezilidských vztahů, partnerský vztah zatěžují nárůstem jeho asymetrie, omezením uspokojující komunikace a úbytkem prožívaného pocitu pohody*“ (Vágnerová, 2014, str. 372). Takto nemocnou osobou jsou rodinní příslušníci mnohdy natolik zatíženi, že s ní dále odmítají žít (Vágnerová, 2014, str. 372).

2.3 Sociální význam poruch osobnosti

U poruchy osobnosti, obdobně jako u poruchy schizofrenního spektra, se problémy odráží v mnoha sociálních oblastech. Neschopnost adaptace, podřízení se normám, zvládnutí sociálních rolí, postihuje u nemocných osob profesní oblast a rodinnou. „*Mnozí z nich selhávají i jako rodiče, k dítěti nemají žádný vztah, neplní své povinnosti nebo jeho osobnostní rozvoj svým chováním nějak deformují*“ (Vágnerová, 2016, str. 491).

Nemocní nevyhledávají odbornou pomoc, nemají náhled na své onemocnění a léčbu odmítají. Svě okolí tyranizují agresivitou, neustálým lhaním, využíváním druhých pro své blaho, žárlivostí a potvrzováním si vztahu za cenu vynucování. „*Odmítnutím takového vztahu je pro jejich partnery často otázkou udržení duševní rovnováhy, někdy i tělesného zdraví, a výjimečně i života*“ (Vágnerová, 2016, str. 492). O citaci Vágnerové se autorka práce opírá i v souvislosti s faktem, že u 75 % osob s těžkou kriminální minulostí byla potvrzena porucha osobnosti (podrobně o tom pojednává subkapitola 1.3).

2.4 Sociální význam obsedantně – nutkavé poruchy

Obsedantně – kompulsivní porucha (dále jen OCD), s jejími charakteristickými projevy, narušuje kvalitu života nemocné osoby. Přesto, že léčbu nemocní akceptují, jde o trvalejší proces, což je náročné pro ně i celé okolí. Chování a rituály osob s OCD bývají rodinou nepochopeny a narušují klidné soužití. Nemocní vyžadují po příbuzných plnění jeho nastavených pravidel a ti se často podřizují. Nechávací se omezovat v běžných aktivitách, plní potřeby nemocných na úkor sebe samých. Důvodem jsou zkušenosti z reakcí nemocného na nesplněný úkol. Úzkostné reakce nemocného vnáší do soužití velké napětí, mnoho negativních emocí a konflikty „*...může dojít k rezignaci a ztrátě zájmu*

o nemocného, jeho potíže jsou považovány za neúnosné a neřešitelné. Pokud se příbuzní podílejí na udržování úzkostných či nutkavých projevů, mohou ta přispívat k zafixování či zhoršení jeho choroby“ (Vágnerová, 2016, str. 397).

Profesionální pomoc rodinám má za cíl, v rámci kontextu celého života nemocného, upravit vztahy v rodině, poskytnou příbuzným informace, jak se k osobě trpící OCD chovat. Dodat tak naději, pochopení a víru v léčitelnost či zmírnění projevů nemoci.

3 PROBLEMATIKA DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH Z POHLEDU SOCIÁLNÍ PRÁCE

Úvodem třetí kapitoly autorka diplomové práce cituje nejnovější definici sociální práce, schválenou Mezinárodní asociací sociálních pracovníků a Mezinárodní asociací škol: „...sociální práce určuje sociální práci jako profesi podporující změny, řešení problémů v oblasti mezilidských vztahů a umožňuje lidem zvyšovat kvalitu jejich životů. Sociální práce se s využitím teorií lidského chování a sociálních systémů uplatňuje v situacích, kdy lidé a prostředí na sebe vzájemně působí. Základními principy sociální práce jsou lidská práva a sociální spravedlnost“ (Chytil, Mahrová, 2008, str. 15).

Teoretická východiska sociální práce s praktickými zkušenostmi, v jejich vzájemné prostupnosti, tvoří základ neustálého rozvoje sociálních služeb. Navzdory nepřetržitým změnám ve společnosti, si musí oblast sociálního zabezpečení umět odpovědět na otázky nastavených aktuálních norem a reagovat ukotvením nových konceptů v sociální práci (Mahrová, Venglářová a kol., 2008, str. 9).

Kapitola je věnována problematice duševně nemocných osob z pohledu komplexnosti a jedinečnosti sociální práce. Neopomenutelným aspektem kapitoly je systémový koncept, kdy na základě něj lze řešit aktuální nepříznivé situace klientů, využívajících sociálních služeb.

Podmínky sociální práce, poskytování pomoci a podpory, ve vztahu ke klientovi (jakožto oprávněné osoby), upravuje Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění. Rozpracován je v první subkapitole s cílem podrobně prezentovat paragrafy zákona upravující sociální služby, příspěvky, financování sociálních služeb a paragrafy zabývající se předpoklady pro výkon povolání či činnosti v sociálních službách.

Boj s chudobou a sociálním vyloučením je stále aktuální i dnes. Osoby s duševním onemocněním jsou ohroženou skupinou, proto je nezbytné znát, jak systém sociálního zabezpečení v ČR legislativně řeší úlohu zmírnění tohoto negativního společenského jevu. Rovněž diskutované téma, úzce spojeno s reformou psychiatrické péče, je destigmatizace. Choulostivá problematika destigmatizace duševně nemocných osob, se dotýká nejen rodiny, blízkých či úzké komunity nemocné osoby, ale celé společnosti. Ve čtvrté subkapitole se autorka diplomové práce odkazuje na vybrané Mezinárodní dokumenty, ke kterým se ČR zavázala a na organizace vznikající za účelem destigmatizace duševně nemocných.

3.1 Legislativní ukotvení sociálních služeb

Poskytování sociálních služeb legislativně upravuje Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění a Vyhláška č. 505/2006, kterou: „...*se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách*“ (MPSV, Vyhláška 505/2006, 2012, str.1[online]).

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění upravuje: „...*podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci (dále jen „osoba“)* prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách“ (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění [online]).

Z citace zákona jasně vyplývá, že sociální systém v ČR reaguje na potřeby lidí, které si sami nemohou zajistit z důvodu funkčního omezení. Cílem je zajistit lidskou důstojnost všem takto znevýhodněným osobám a zamezit sociálnímu vyloučení. Za tímto účelem byla vytvořena síť sociálních služeb, jejichž úkolem je zasadit se o vytvoření takového prostředí a metodiky, aby poskytovaná pomoc a podpora byla co nejprofesionálnější.

Poskytovatelům předkládá rozsah poskytovaných služeb a uživatelé služeb si mohou volit, na základě svých potřeb, potřebnou sociální pomoc a podporu v povinně poskytovaných i doplňkových službách.

Sociální služby, v závislosti na místě výkonu, jsou poskytovány formou **ambulantní, terénní a v pobytovém zařízení**, § 33. Pobytovým službám zákon stanovuje povinnost zajištění zdravotní péče klientům. Zákon dále rozlišuje služby sociální **péče** a služby sociální **prevence**, § 32. Poskytovaných služeb sociální péče a prevence je v zákoně obsáhlý výčet, autorka práce v tabulce předkládá jejich základ.

Tabulka č. 4: Dělení sociální služby (vlastní zpracování)

Služby sociální péče	Služby sociální prevence
osobní asistence	raná péče
pečovatelská služba	telefonická krizová pomoc
tísňová péče	azylové domy
odlehčovací služby	domy na půl cesty

průvodcovské a předčitatelské služby	kontaktní centra
podpora samostatného bydlení	krizová pomoc
centra denních služeb	nízkoprahová zařízení
denní a týdenní stacionáře	noclehárny
domovy pro osoby se zdrav. postižením	terapeutické komunity
domovy pro seniory	sociální rehabilitace

Zdroj: Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění § 34 [online] (upraveno)

Zájemci o sociální služby se stávají jejich uživateli na základě smluvního ujednání. Zákon ukládá písemnou formu Smlouvy o poskytování sociálních služeb. Veškeré náležitosti smlouvy stanovuje Občanský zákoník 89/2012 Sb., úplné a aktuální znění.

Sociální poradenství podle § 37, má za cíl zamezit vzniku nepříznivých životních situací klienta. Člení se na základní poradenství, které poskytuje každý poskytovatel sociálních služeb a poradenství odborné, poskytované specializovanými poradnami. Obě formy poradenství musí být podle zákona dostupné, bezplatné a hájit zájmy klientů.

Výkon státní správy podle § 5 zajišťuje Ministerstvo práce a sociálních věcí, krajské úřady, obecní úřady s rozšířenou působností, okresní správy sociálního zabezpečení a Úřady práce ČR. Působnost při zajišťování sociálních služeb je detailně ukotvena v § 92–§ 96 zákona o sociálních službách.

Příspěvek na péči upravují §7–§ 30 a je obsáhlou částí zákona. Vymezuje podmínky nároku na příspěvek, jeho výši, způsob vyplácení, povinnosti žadatele (oprávněné osoby), řízení o příspěvku a kontrolu využívání příspěvku.

Předpoklady pro výkon povolání sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách, v osmé části zákona o sociálních službách, vymezují § 109–§ 117. „*Předpokladem k výkonu povolání sociálního pracovníka je plná svéprávnost, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost podle tohoto zákona*“ (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění, § 110 [online]). Tato část zákona zahrnuje přesný výčet činností pro výkon povolání sociálního pracovníka a pracovníka v sociálních službách a ukládá povinnost zaměstnavateli zajišťovat další vzdělávání sociálních pracovníků.

V této subkapitole autorka práce seznamuje pouze s vybranými částmi Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.

3.2 Sociální práce podporující zotavení osob s duševním onemocněním

Sociální práce zajišťující péči duševně nemocným v moderním pojetí, je charakterizována především komplexností služeb poskytovaných na mnoha místech či v různých institucích. Sociální pracovník má možnost pracovat s klienty již v psychiatrických nemocnicích, v domovech seniorů se zvláštním režimem, sociálních rehabilitačních zařízeních a denních stacionářích. Moderní přístupy, specializace s odborností se stávají doménou klinických sociálních pracovníků. Jejich těžiště práce se nemění, ale významně se posouvá okruh působnosti.

Dobrá znalost symptomů a dynamiky duševních onemocnění je hlavním aspektem pro práci s duševně nemocnými osobami. Stejně tak i orientace v pojmech, důležitých pro určení funkčnosti a maximální možné edukační a pracovní kapacity klienta. Na základě této klasifikace sociální pracovník volí optimální individuální plán rehabilitační práce a případového vedení.

Klasifikace probíhá prošetřením pojmů – **dlouhodobě duševně nemocní** jsou lidé trpící těžkou duševní nemocí, která má za následek zhoršení funkčnosti v oblastech sebeobsluhy, mezilidských vztazích, učení nebo finanční nezávislosti. **Institucionalizační syndrom** vzniká dlouhodobou hospitalizací ve spojení s duševním onemocněním. Typické symptomy jsou apatie, emoční oploštělost, zhoršení hygieny. **Terminálně závislý pacient** dostával dlouhodobou podporu a péči, důsledkem je ztráta vlastní odpovědnosti, rozhodování se, motivace. **Syndromem otáčivých dveří** trpí lidé, kteří jsou opakovaně krátkodobě hospitalizováni v psychiatrických nemocnicích. Příčina je především v klientově pocitu ohrožení a strachu ze života v jeho přirozeném prostředí. Uvedené pojmy, včetně osobního příběhu klienta, řadí kliničtí sociální pracovníci do souhrnu informací v rámci sociálního šetření (Matoušek, Koláčková a kol., 2010, str. 135–142).

Sociální šetření pomáhá zmapovat celkovou klientovu situaci materiálního a sociálního zajištění, také jeho aktuální emoční a kognitivní stav. Jedná se o jeden z prvních kroků v sociální práci. Současně si sociální pracovník buduje s klientem rovnocenný vztah založený na důvěře. Pracuje s respektem k individualitě klienta, podporuje cestu uzdravy a sociální integraci. Staví se do role: „...*jakéhosi vyslance, advokáta, tvůrce vztahů, spojky mezi duševně nemocnými a komunitou...*“ (Matoušek, Koláčková a kol., 2010, str. 135).

„...dochází k renesanci tématu rehabilitačního vztahu mezi terapeutem a klientem, také dynamika onemocnění je více chápána jako důležité vodítko při rehabilitaci“ (Matoušek, Koláčková a kol., 2010, str. 139). Je zřejmé, že tato proměna klade stále nové a větší nároky na sociální práci podporující zotavení osob s duševním onemocněním.

Existují tři přístupy psychiatrické rehabilitace, které se v praxi často kombinují. **Anglická škola** se zaměřuje zejména na přizpůsobení se: „Jako hlavní principy uvádí kompenzaci, reedukaci a reorientaci“ (Matoušek, Koláčková a kol., 2010, str. 139). **Škola Losangeleská** je orientována na rozvoj sociálních dovedností a **Bostonská škola**, jejíž metody jsou nejčastěji aplikovány v České republice, pracuje na rozvoji klienta, respektuje klientovy potřeby a přání. Podle Probstové jsou právě metody Bostonské školy osvědčené při sociální rehabilitaci duševně nemocných osob. Úspěšně jsou aplikovány v oblasti deinstitucionalizace, vedoucí ke kvalitnějšímu a spokojenějšímu životu klienta v přirozeném prostředí (Matoušek, Koláčková a kol., 2010, str. 140).

V obecném pojetí sociální rehabilitaci duševně nemocných lze vymezit takto:

Tabulka č. 5: Principy psychiatrické rehabilitace podle Anthony a kol. (1990)

Princip	Cíl
Zaměření na klienta	zvyšování jeho kompetencí
Co je ziskem	kvalitní život v prostředí vlastní volby klienta
Využití technik	eklektická sociální rehabilitace
Zaměření sociální rehabilitace	práce se silnými stránkami klienta
Postoj k procesu zotavení	naděje a víra ve schopnosti klienta
Proces plánování	zvýšení nezávislosti klienta na pomoci
Cesta k zotavení	aktivní motivace klienta k zapojení se do procesu
Nástroje sociální rehabilitace	rozvoj a upevnění dovedností klienta a podpora okolí
Respekt	respektovat běžné klientovy aktivity

Zdroj: Matoušek, Koláčková a kol., 2010, str. 140 (vlastní zpracování).

Moderní pojetí sociální práce s duševně nemocnými zahrnuje sociální případové vedení. Model se zaměřuje na podporu sociální sítě a komunity klienta, především jeho rodinu a blízké. Probstová (Matoušek, Koláčková a kol., 2010, str. 141) v publikaci uvádí další

model sociální práce ACT – asertivní přístupy a komunikace, primárně využívané u klientů, kterým aktuálně hrozí sociální vyloučení a chudoba.

Pro zajištění klidné cesty zotavení duševně nemocným klientům, je nutné řešit základní potřeby v oblasti bydlení, financí, pracovní rehabilitace a smysluplného trávení volného času. Mnohdy klienti potřebují pomoc ve všech uvedených oblastech, což je obsáhlou a náročnou sociální zakázkou. Klienti upřednostňují podporu a pomoc od organizace, která zajistí komplexní řešení jejich potřeb včetně sociální rehabilitace. Zde nastupují neziskové organizace, jejichž pilířem je multidisciplinární tým. „*Týmová práce je základním principem moderní psychiatrické péče.*“ „*Sociální pracovník přináší do týmu svou kvalifikaci pro práci s lidskými vztahy a životními podmínkami, které ovlivňují schopnost nemocných naplňovat své životní cíle a uskutečňovat plány nebo které jim opakovaně způsobují problémy*“ (Matoušek, Kolářková a kol., 2010, str. 143). Z citace lze konstatovat, že zavádění pracovních multidisciplinárních týmů, je další metodou sociální práce při podpoře v zotavení duševně nemocných osob.

Zavedené metody sociální práce s duševně nemocnými osobami jsou dále detailněji rozpracovány v subkapitole 3.3.

3.3 Sociální práce jako prevence chudoby a sociálního vyloučení

Hlavním posláním sociální práce je dosažení změny nepříznivého socioekonomického stavu jedince, vedoucí k jeho socializaci a zkvalitnění života. Velký význam v této práci zaujímá sociální prevence, která eliminuje či odstraňuje negativní jevy ve společnosti. Jde o souhrn činností vykonávaných sociálními pracovníky na podkladu principů sociální politiky státu, na úrovni státní, regionální a místní.

Duševní onemocnění je pohledem sociální politiky rovněž definováno jako sociální událost, která má za následek vznik sociálních problémů nemocných. U těžce duševně nemocných osob dochází k dlouhodobým hospitalizacím, invaliditě, ztrátě pracovního místa a výdělků. Nemocní se stávají nezaměstnanými, pobírají částečné či plné invalidní důchody. Čím déle trvá tato nepříznivá situace, stávají se hůře uplatnitelnými na trhu práce, jejich sociální a ekonomický status upadá, dochází k sociální izolaci. Samotné onemocnění je dalším faktorem znemožňujícím rychlý návrat do původního běžného života (Vrtišková, 2009, str. 38–41). Popsané sociální problémy dále prohlubují konflikty v rodině, s blízkými i komunitou, které jsou vyústěním napětí a zdánlivě neřešitelné situace nemocného. Součástí sociální prevence je řešení **specifických problémů a potřeb** duševně nemocných osob.

Potřeba finančního zajištění klienta jako prevence chudoby.

Od projevu duševní nemoci v mládí, duševně nemocní střídají nemocniční péči s ambulantní a stále setrvávají v pracovní neschopnosti. Tento opakující se cyklus znemožňuje nemocným zařazení do pracovního procesu. To je hlavní příčinou krátké nebo žádné pracovní historie (krátké rozhodné období pro výpočet důchodu) a ve chvíli, kdy je této osobě přiznán invalidní důchod, nelze jej vyčíslit a nevzniká nárok na jeho výplatu. Výpočtový základ invalidního důchodu upravuje § 16 odst. 3 zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, v úplném znění.

Klient se dostává do situace finanční závislosti na rodině nebo blízkých a upadá do chudoby. „Chudoba je hodnocena jako stav, kdy lidé nejsou schopni uspokojovat své základní životní potřeby v míře, kterou společnost v dané době uznává za minimální nebo nezbytně nutnou“ (Koblihová, 2008, str. 35).

Sociální systém může pokrýt nouzový stav klienta vyplácením pojistných a nepojistných sociálních dávek, které upravují zákony – Zákon o státní sociální podpoře č. 117/1995 Sb., ve znění pozdějších předpisů, Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., v platném znění, Zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů.

Sociální práce u finančního zajištění klienta spočívá v poradenství a pomoci při vyřizování dávek, na které má nárok jako oprávněná nebo společně posuzovaná osoba.

- Příspěvek na bydlení je opakující se dávkou státní sociální podpory a má na ni nárok majitel nebo nájemce bytu. Zákon o státní sociální podpoře přesně upravuje podmínky, které musí být splněny, aby mohl být příspěvek na bydlení přiznán. Základem pro přiznání a výpočet výše příspěvku, je posouzení příjmů a nákladů na bydlení všech společně posuzovaných osob (Úřad práce, příspěvek na bydlení, 2020 [online]).
- Příspěvek na péči upravuje Zákon č. 108/2006 o sociálních službách, v platném znění. Příspěvek je přiznán osobám, jež jsou odkázány na pomoc jiných osob či institucí z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Poskytován je ve výši uznané dle stupně závislosti žadatele a určen k úhradám pomoci a služeb při naplňování základních životních potřeb (Úřad práce, příspěvek na péči, 2020 [online]).

- Příspěvek na živobytí je nepojistnou sociální dávkou hmotné nouze. Upravuje ji Zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů. Výše příspěvku se vypočítává jako rozdíl mezi částkou živobytí a příjmem žadatele a všech společně posuzovaných osob. Životní a existenční minimum upravuje Zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu, ve znění pozdějších předpisů. Dávka pokrývá nejzákladnější životní potřeby osobám, které upadly do hmotné nouze, jde o měsíčně opakující se dávku (Úřad práce, příspěvek na živobytí, 2020 [online]).
- Dopltek na bydlení. Jedná se o další poskytovanou nepojistnou sociální dávku hmotné nouze. O dávku je možno žádat až po uplatnění nároku na příspěvek na bydlení a živobytí. V případě, že uvedené příspěvky stále nepokrývají náklady oprávněné osoby a všech společně posuzovaných osob tak, aby bylo zachováno jejich životní minimum, vzniká nárok na doplatek na bydlení. Slouží k pokrytí nákladů na bydlení a vyplácí se opakovaně jednou za kalendářní měsíc (Úřad práce, doplatek na bydlení, 2020 [online]).
- Mimořádná okamžitá pomoc je nepojistnou sociální dávkou, hrazenou státem. Oprávněná osoba je ta, kterou Úřad práce uzná osobou v hmotné nouzi. Posuzováno je podle 6 kritérií uvedených v zákoně:
 - *Mimořádná okamžitá pomoc z důvodu hrozby vážné újmy na zdraví.*
 - *Mimořádná okamžitá pomoc na mimořádnou událost.*
 - *Mimořádná okamžitá pomoc na jednorázový výdaj.*
 - *Mimořádná okamžitá pomoc spojená s pořízením nebo opravou nezbytných základních předmětů dlouhodobé spotřeby.*
 - *Mimořádná okamžitá pomoc na sociální vyloučení.*
 - *Mimořádná okamžitá pomoc na náklady související se vzděláním nebo zájmovou činností nezaopatřeného dítěte a na zajištění nezbytných činností souvisejících se sociálně, právní ochranou dětí (Úřad práce, mimořádná okamžitá pomoc, 2020 [online]).*

System sociálních dávek finančně zajišťuje osoby v nepříznivé životní situaci. Jedná se o první pomoc při hrozbě sociálního vyloučení, avšak toto řešení není dlouhodobé

a samotným duševně nemocným osobám nezajistí plnohodnotnou resocializaci a pokrytí všech potřeb. Cílem je komplexně řešit otázku finančního zajištění, pracovního uplatnění a bydlení.

Bydlení je ožehavým problémem vysokého procenta klientů propuštěných z dlouhodobé hospitalizace. Autorka práce vychází z vlastních profesních zkušeností (CDZ, Kroměříž, 2020). Zajišťování vhodného bydlení pro duševně nemocné osoby je považováno za nejnáročnější sociální zakázku. Celková problematika je odrazem nedostatku dostupných bytů, chráněného bydlení či startovacích bytů a omezenými finančními možnostmi klientů.

„Bydlení patří k základním lidským potřebám, které jedinci garantují pocit bezpečí a jistoty.“ „Bydlení je řazeno k tzv. sociálním právům, tj. právům na sdílení minimálního blahobytu“ (Koblihová, 2008, str. 109).

V této oblasti sehrává hlavní roli bytová politika ČR, jako součást sociální politiky. Dle Koblihové (2008, str. 112), by zaměření bytové politiky mělo být, více než na byty, soustředěno především na jednotlivé cílové skupiny. Cílová skupina duševně nemocných osob, je znevýhodněna v mnoha směrech. Pomoc těmto lidem nespočívá pouze v hledání vhodného bydlení, ale v eliminaci rizika sociálního vyloučení.

Hlavní orientace při zajišťování bydlení je na návrat do jejich přirozeného domácího prostředí. Důvodem je ztráta zázemí v klientově původním prostředí, kvůli dlouhodobým pobytům v nemocnici. To vyžaduje intenzivní práci s rodinou a blízkými.

Omezená funkční kapacita klienta a zhoršená adaptace vyžaduje trpělivost a čas v jeho aktivizaci, což je další příčinou neposkytnutí rodinného zázemí a opory. Rovněž zcela nevyhovující rodinné prostředí s narušenými vazbami neumožňuje klientovi návrat domů.

Neopomenutelným aspektem ovlivňujícím řešení bytové otázky je stálý nedostatek *„...komunitních zařízení či služeb, které duševně nemocným poskytují podporu v bydlení“* (Matoušek, Koláčková, 2010, str. 146). Takto postižení klienti ze sociálních důvodů zůstávají v nemocnicích po dobu, než sociální pracovníci zajistí vhodné bydlení. Jedná se o prevenci bezdomovectví, umístování klientů do nuzných podmínek ubytoven nebo Azylových domů (Matoušek, Koláčková, 2010, str.145–148).

Základem sociální práce při hledání vhodného bydlení pro klienta je individuální přístup a znalost jeho sociálních a kognitivních dovedností. Umět co nejlépe vyhodnotit typ bydlení

nebo zařízení pro konkrétního klienta, rovněž tak orientace v oblasti bytové politiky v daném regionu a mapování sociálních zařízení, poskytujících bydlení.

Respektovat přání a volbu klientů, kde chtějí žít.

Sociální práce v zajišťování bydlení využívá nástroje bytové politiky a služby sociální péče ukotvené ve třetí části Zákona č. 108/2006 o sociálních službách, v platném znění, § 38: *„Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem podpořit život v jejich přirozeném sociálním prostředí a umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení. Každý má právo na poskytování služeb sociální péče v nejméně omezujícím prostředí“* (MPSV, služby sociální péče, 2017, str. 16 [online]).

Intervenující nástroje bytové politiky, zaměřené na sociálně znevýhodněné osoby, jsou tzv. nástroje selektivní. Zahrnují snižování cen bydlení a sociální transfery na podporu zvýšení příjmů těchto osob (Koláčková, 2008, str. 112–113).

Sociální pracovník duševně nemocným osobám (kde absentuje pomoc a podpora v rodině) vyhledává bydlení ve třech úrovních, jež jsou klasifikovány podle stupně kognitivní a sociální funkčnosti klienta, s vyhodnocením jeho aktuální rodinné podpory, finančního zajištění a dostupnosti sociálních služeb.

V první úrovni jsou klienti, kteří mají předpoklad, ve všech oblastech, zvládat samostatné bydlení. Také se zde řadí klienti se sníženou soběstačností, avšak jim podle § 43, Zákona o sociálních službách, lze poskytovat podporu samostatného bydlení: *„Podpora samostatného bydlení je terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby“* (MPSV, služby sociální péče, 2017, str. 17 [online]). Samostatně bydlící klienti užívají bytu vlastního nebo nájemného, mají pravidelné příjmy zajišťující celkový chod domácnosti. Jde o ideální stav v tzv. normalizaci, kdy je klient v přirozeném prostředí, zvládá běžné každodenní záležitosti a smysluplně tráví volný čas.

Ve druhé úrovni se klient v počátcích své resocializace neobejde bez pravidelné pomoci. I tito klienti mají velkou šanci na samostatné bydlení, ovšem reedukace a resocializace

pro zvládnání samostatného života vyžaduje delší čas, což může být zapříčiněno syndromem „hospitalismus“. Za vhodná bydlení, podporující samostatnost duševně nemocných, jsou Sociální rehabilitační centra, chráněná bydlení a domy na půl cesty. Služby v těchto institucích zajišťují stravu, ubytování, pomoc v chodu domácnosti a při osobní hygieně, aktivizační činnosti a sociálně terapeutické činnosti (MPSV, služby sociální péče, 2017, str. 20 [online]).

Poslední, třetí úroveň je charakterizována naprostou závislostí na pomoci jiné fyzické osoby, závislostí na systému podpor Úřadu práce a Státní sociální podpory. Jejich onemocnění dospělo do chronické fáze. Zařazení do běžného života je takřka nereálné. Sociální pracovníci pro tyto klienty podávají žádosti do Domovů se zvláštním režimem (dále jen DZR) a do doby jejich umístění zůstávají na gerontologických odděleních Psychiatrických nemocnic (CDZ, 2020).

Zákon o sociálních službách, § 50, definuje DZR takto: „*V domovech se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu **chronického duševního onemocnění** nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob*“ (MPSV, služby sociální péče, 2017, str. 20 [online]).

Pracovní rehabilitace a nástup do zaměstnání.

Duševní onemocnění s sebou nese mnoho negativních zdravotních následků, které vedou k omezení či úplné ztrátě průčeschnosti. Zda se klient úspěšně zařadí do pracovní rehabilitace nebo zaměstnání je zcela individuální. Závisí na vnějších a vnitřních bariérách každého. I motivovaný klient s potenciálem pracovat, nastoupí do práce a kontakt s realitou a nároky společnosti zapříčiní zhoršení zdravotního stavu. Tento jev je funkčním dopadem zdravotního omezení nemocného v konfrontaci s realitou (Matoušek, Koláčková, 2010, str. 149).

Cílem sociální práce v oblasti zaměstnanosti je pracovní rehabilitovat klienty, obnovovat a prohlubovat jejich pracovní návyky, schopnosti a dovednosti. Sociální pracovník by měl diagnostikovat vnější a vnitřní pracovní bariéry klienta. Na základě této diagnostiky vytvořit plán intervencí na překonávání zjištěných bariér.

Pracovní rehabilitace probíhají v zařízeních k této činnosti vytvořených, na chráněném trhu práce a v přirozeném pracovním prostředí pod vedením asistenta. Zaměstnávání osob se zdravotním postižením upravuje Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění účinném k 1. 1. 2021., § 67, definuje kdo je osobou se zdravotním postižením: „*Osobami se zdravotním postižením jsou fyzické osoby, které jsou orgánem sociálního zabezpečení uznány*

a) *invalidními ve třetím stupni^{32a}* (dále jen „osoba s těžším zdravotním postižením“),

b) *invalidními v prvním nebo druhém stupni⁸⁸*), nebo

c) *zdravotně znevýhodněnými*“ (Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění účinném k 1. 1. 2021, str. 51 [online]).

Pracovní rehabilitace je vymezena § 69 zákona o zaměstnanosti, ve znění účinném k 1. 1. 2021. Pracovní rehabilitaci zajišťují krajské pobočky Úřadu práce, jež hradí náklady vzniklé v souvislosti s tímto podpurným projektem. V rámci pracovní rehabilitace je zákonem umožněno klientům absolvovat přípravu k práci nebo na budoucí povolání a specializované rekvalifikační kurzy.

Úřad práce poskytuje příspěvky na vytvoření pracovního místa pro osobu se zdravotním postižením dle § 75 a příspěvek na úhradu nákladů vzniklých v souvislosti se zaměstnáváním těchto osob dle § 76 zákona o zaměstnanosti (Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění účinném k 1. 1. 2021, str. 55–57 [online]).

Zaměstnávání na **chráněném trhu práce** upravuje § 78, zákona o zaměstnanosti. Jedná se o další podporu politiky zaměstnanosti v uplatňování osob se zdravotním postižením na trhu práce. Zaměstnavatel uznaný na chráněném trhu práce je subjekt, který zaměstnává více jak polovinu svých zaměstnanců se zdravotním postižením a je mu Úřadem práce poskytován příspěvek ve výši: „...75 % vynaložených prostředků na mzdy...“ (Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění účinném k 1. 1. 2021, str. 63 [online]).

Uvedené podpurné programy zaměstnanosti napomáhají duševně nemocným osobám získat a udržet si práci a pro: „...*mnohé klienty se ukazují jako jediná možnost...*“ (Matoušek, Kolářková, 2010, str. 149).

Pracovním uplatněním klienta je souběžně řešena prevence sociální izolace. Pravidelný finanční příjem zvyšuje kvalitu jeho života. Úspěšné zvládnutí práce dodává klientovi

sebejistotu, eliminuje sebestigmatizaci a obavy ze selhání. Práce je jednou z nejdůležitějších cest ke zotavení.

Smysluplné trávení volného času.

U klientů s duševním onemocněním je volný čas často diskutovanou problematikou. Kde a jakým způsobem tráví volný čas je odrazem jejich ztráty či naopak nabytí zájmu o činnosti, které je naplňují. Aktivizování klientů k nejrůznějším pracovním a terapeutickým činnostem, lze považovat za další preventivní krok proti sociální izolaci. Smysluplné trávení volného času má velký význam v nastavení denního režimu a vhodně vybraný program napomáhá klientovi k pozitivnímu ladění, pocitu užitečnosti, uvolnění a zdárné socializaci. Dalšími přínosy vhodného využívání volného času je současně práce na duševní hygieně, příznivý vliv na mezilidské vztahy, a především klienti neupadají do prázdnoty, nenudí se, což by mohlo mít za následek vznik patologických jevů, například pravidelné užívání alkoholu spojeno s rizikem rozvinutí duální diagnózy (Pávková, Hájek a kol., 2008, s. 15–31).

I v této oblasti sociální pracovníci zaznamenávají bariéry, které neumožňují klientovi trávit svůj volný čas oblíbenou aktivitou. Jedná se o finanční zatížení, které si klient nemůže dovolit nebo nedostupnost místa realizace aktivity. Úkolem sociálního pracovníka je pomoci takto znevýhodněným klientům zprostředkovat kontakt s centrem denních aktivit, jež zprostředkovává i služby dobrovolníků v místě bydliště klienta (Matoušek, Koláčková, 2010, str. 149). Nově vznikající centra duševního zdraví nabízí volnočasové aktivity v rámci terénní intervence klientům, kterým onemocnění nedovolí pravidelně docházet na činnostní terapie do prostor CDZ (CDZ, 2021).



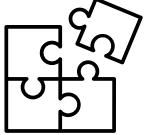
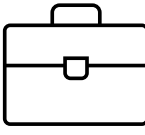

3.4 Destigmatizace a práva osob s duševním onemocněním

Národní akční plán pro duševní zdraví (dále jen NAPDZ) definuje postupy důležité k naplnění stanovených strategických cílů v reformě psychiatrické péče. S reformou psychiatrické péče přichází téma stigmatizace osob s duševním onemocněním. Na to reaguje NAPDZ nastaveným strategickým cílem č.3: „Zajištění toho, aby lidská práva osob s obtížemi v oblasti duševního zdraví byla plně respektována, chráněna a podporována“ (Národní akční plán pro duševní zdraví, 2020, str. 41).

Podle NAPDZ je nutností integrovat Úmluvy o právech lidí se zdravotním postižením do hodnocení kvality péče a zajistit plnění všech závazků vyplývajících z mezinárodních úmluv, ke kterým se ČR zavázala. Průzkumy dokládají fakt, že za dobu šesti měsíců se 2 616 pacientů setkalo s různými formami stigmatizace. Jde o alarmující zjištění a společenský problém zasluhující si velkou pozornost.

Prof. MUDr. Jiří Horáček, Ph.D., FCMA definuje stigmatizaci takto: „*Stigmatizaci lze charakterizovat jako proces označování (labellingu), který souvisí se společenským vylučováním a odmítáním stigmatizovaného, tak s vlastními pocity studu. Stud pak u stigmatizovaného pramení z nepřívětivého sociálního úsudku o vlastní osobě či společenské skupině*“ (Na rovinu, 2017, [online]).

Schéma č. 1: Stigmatizace (vlastní zpracování)

Označování	Negativní stereotypy	Separace	Zátěž pro společnost	Ztráta postavení a diskriminace
				
Ten člověk je nemocný	Každý takový člověk je agresivní	Měli bychom se jich stranit	Takoví lidé nemohou pracovat	Sociální vyloučení

Zdroj: Na rovinu, 2017, [online] (upraveno)

Odborníci uvádí jako zdroje stigmatizace především nevědomost, předsudky a diskriminaci. Sir Graham Thornicroft, MBBS, MA, MSc., Ph.D., FRCPsych., FMedSci. profesor komunitní psychiatrie je autorem mnoha studií na téma stigmatizace. Hlavní příčinu nevědomosti, předsudků a diskriminace spatřuje v přesvědčení, že lidé trpící schizofrenií jsou velmi nebezpeční okolí, což je způsobeno nedostatečným či žádným sociálním kontaktem s takto nemocnými osobami (Na rovinu, 2017, [online]).

„*Z existujících výzkumů vyplývá, že stigma může pro lidi s duševním onemocněním dokonce představovat závažnější problém nežli projevy nemoci samotné. Stigma vede k sociálnímu vyloučení, které spočívá v nedostatku sociální podpory lidí s duševním onemocněním,*

a to i ze strany nejbližšího okolí, diskriminaci při shánění zaměstnávání nebo bydlení“
(Na rovinu, 2017, [online]).

Výzkum NUDZ a INRES, 2014, Obecná populace [online], N = 1797, přinesl tato zjištění:



18 % respondentů odpovědělo:

„Nevadilo by mi s lidmi s duševním onemocněním žít.“



31 % respondentů odpovědělo:

„Nevadilo by mi s lidmi s duševním onemocněním bydlet v sousedství.“



25 % respondentů odpovědělo:

„Nevadilo by mi s lidmi s duševním onemocněním pracovat.“



34 % respondentů odpovědělo:

„Nevadilo by mi se lidmi s duševním onemocněním kamarádit.“

Zdroj: Na rovinu, 2017, [online]

Výsledky výzkumu potvrzují negativní dopad stigmatizace na základní oblasti života lidí. Se stigmatizací se pojí další problematika. Tou je sebestigmatizace. Mezinárodní odborník na sebestigmatizaci profesor Patrick Corrigan vysvětluje vznik sebestigmatizace jako proces nemocného, kdy si zvnitřňuje předsudky společnosti. Nastává pocit nedůvěry sám v sebe, upadá sebevědomí, přichází bezmoc, prohlubují se deprese, horší se funkční stránka nemocného a často tento stav vyústí do následné péče v psychiatrických nemocnicích.

V roce 2017 se spustila realizace projektu s názvem Destigmatizace lidí s duševním onemocněním v ČR. Projekt je finančně podpořen EU, ESF: Operační program Zaměstnanost (Na rovinu, 2017, [online]). Cíl projektu je obsažen v samotném názvu. Destigmatizace je: „...*důležitou součástí vytváření prostředí a podmínek pro zlepšení kvality života lidí s duševním onemocněním a mělo by být zásadní politickou, sociální i ekonomickou prioritou*“ (Na rovinu, 2017, [online]).

Mezi efektivní nástroje destigmatizace jsou řazeny kampaně, osvětové edukační aktivity, cílené intervence, diskuse, webináře a významné místo zaujímají média. Spolupráce s médii na vyváženosti a pravdivosti předkládaných informací, na téma duševního onemocnění, je velmi důležitá pro svůj široký záběr.

Destigmatizace duševně nemocných osob pozitivně ovlivňuje jejich cestu zotavení. Zotavení je jedinou možností lidí s duševním onemocněním začít žít život v radosti, s rodinou, přáteli, mít domov, práci a být plnohodnotnou součástí společnosti.

Thornicroft, na základě výzkumného šetření, přichází s tvrzením, že pozitivní vliv na snížení stigmatizace má osobní kontakt s lidmi s duševním onemocněním (Zdravotnický deník, 2018/11 [online]). Autorka práce se o toto tvrzení opírá i ve své profesi sociálního pracovníka Centra duševního zdraví, kde se aktivně podílí na destigmatizaci klientů.

*„Pro profesionály v oblasti péče také platí, že **každý je ambasadorem svého povolání. Bojovat s destigmatizací tak může každý, kdo při výkonu svého povolání sám **nestigmatizuje a nediskriminuje.**“***

4 CENTRUM DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ

Česká republika napříč celou populací zaznamenává rychlý nárůst osob s duševním onemocněním. Průzkumy přinesly neuspokojivá data ve výskytu duševních onemocnění. Uvádí více než 10 % populace závislé na alkoholu, více než 7 % trpící úzkostnými poruchami, 5,5 % s poruchami nálady, 3 % uživatelů narkotik a 1,5 % osob s psychotickým onemocněním. V těchto číslech nejsou zahrnuty další poruchy typu ADHD, poruchy osobnosti a poruchy příjmu potravy (NAPDZ, 2020, str. 14).

Tato alarmující čísla poukazují na vážný socioekonomický problém. Duševní onemocnění je důvodem k dlouhodobé, mnohdy celoživotní disabilitě. Nemocné osoby jsou tak nejpočetnější skupinou pobírající invalidní důchody a příspěvky na péči. To má dopad na ně samotné, rovněž na zaměstnavatele a stát.

Náklady spojené s nepříznivým duševním zdravím v naší populaci byly vyčísleny za rok 2010 na 6,12 mld. EUR (NAPDZ, 2020, str. 14). Dalším aspektem zatěžujícím socioekonomickou oblast je systém psychiatrické péče v ČR. Poskytuje se v psychiatrických nemocnicích s velkou kapacitou lůžek, kde jsou nemocní dlouhodobě hospitalizováni, což je mnohonásobně nákladné v komparaci s komunitní péčí.

Tato fakta byly impulsem pro již probíhající reformu péče o duševní zdraví. Komunitní péči lze chápat jako péči v přirozeném prostředí nemocné osoby. Hlavním pilířem reformy jsou nově vznikající Centra duševního zdraví. Mají charakter nízkoprahového intervenčního zařízení, poskytující sociálně-zdravotní péči ambulantním a terénním multidisciplinárním týmem. Charakteristika, cíle a personální zajištění jsou klíčovými pojmy třetí kapitoly diplomové práce. Autorka práce čerpá ze zdrojů vytvořených pro vznikající centra a osobních profesních zkušeností. V kapitole rovněž dochází ke změně, z termínu nemocná osoba se stává klient Centra duševního zdraví.

4.1 Charakteristika Centra duševního zdraví

Centra duševního zdraví (dále jen CDZ) začala vznikat jako součást strategie reformy psychiatrické péče. Hlavním úkolem center je přesun péče o klienty do jejich přirozeného prostředí. Odbornými přístupy multidisciplinárního týmu zamezit častým opakovaným hospitalizacím či napomáhat k výraznému zkrácení doby léčby v psychiatrické nemocnici. CDZ nejsou t. č., legislativně ukotvena v registru poskytovatelů sociálních služeb MPSV. Projekt realizuje Ministerstvo zdravotnictví České republiky, Operační program

Zaměstnanost a Evropský sociální fond se podílí na spolufinancování (Operační program zaměstnanost [online]).

Cíle jsou zaměřeny na sociální začleňování a boj s chudobou v souladu s Operačním programem Zaměstnanost a na stanovené cíle Národního akčního plánu pro duševní zdraví 2020–2030 (dále jen NAPDZ), snížit počet lůžek o 1200 v psychiatrických nemocnicích (NAPDZ, 2020, str. 14; Metodika programu podpory CDZ II, str. 5).

Nové paradigma v reformě přináší propojení, prostřednictvím CDZ, primární péče o nemocnou osobu s akutní lůžkovou péčí.

Práce v organizaci je postavena na základní filozofii sociálních a zdravotních hodnot. Respektuje nastavené principy v multidisciplinárním přístupu a spolupracuje ve třech úrovních.

Filozofie sociálních a zdravotních hodnot, je definována: „*Propojení, slad'ování (hodnot a způsobu práce) sociálních pracovníků a zdravotnických pracovníků je důležitou součástí změny systému péče.*“ Práce na cestě uzdravy by měla: „*být primárně zaměřena na holistický bio-psycho-sociální model*“ (Základní principy péče poskytované v CDZ, 2017, str. 5–6). K zotavení je nutno přistupovat na základě principů, které duševně nemocní vnímají za klíčové:

- Práce s nadějí – neuzavírat se před jakoukoliv možností do budoucna na životní cestě jen proto, že člověk trpí duševním onemocněním.
- Rozvoj silných stránek – nevěnovat pozornost tomu, co už nelze, ale zaměřit se na rozvoj silných stránek klienta.
- Celistvý přístup – pracovat na zkvalitnění života klienta ve všech oblastech.
- Sebeurčení – pracovat s eklektickým přístupem, podle kroků důležitých pro klienta.
- Zplnomocňování – vést člověka k vlastnímu rozhodování, plánování. Intervenovat ho, aby dokázal převzít plnou odpovědnost sám za sebe.
- Respekt – práce založená na respektu všech práv osob se zdravotním postižením.
- Individuální přístup – neopomíjet individualitu každého člověka, pracovat na individuálním plánu zotavení.
- Podpora peer konzultantů – osob s duševním onemocněním, kteří prošli cestou zotavení, mají náhled na své onemocnění a dokážou předávat své zkušenosti

(Metodika zavádění multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře lidí s duševním onemocněním, 2020, str. 11–13).

Navazující část nastavených principů CDZ se přímo dotýká poskytované péče a spolupracujících subjektů.

Asertivita, jeden z nejdůležitějších přístupů pracovního týmu CDZ. Častými projevy u duševně nemocných osob jsou odmítání léčby, následná dekompenzace zdravotního stavu, stále zhoršující se situace a pád do sociální exkluze. Předejít těmto situacím znamená aktivně vyhledávat tyto osoby, motivovat je ke spolupráci. Převzetí odpovědnosti za svou léčbu je cílem CDZ, nelze však jednat s nesouhlasem nemocného. Pouze v krizové situaci, kdy nemocný ohrožuje sám sebe či okolí, může terénní pracovní tým zajistit nedobrovolnou hospitalizaci.

Regionalita a její problematika. Při vyhledávání osob, které péči potřebují, je nutné si určit spádovou oblast. Skutečnost, že v České republice zajišťuje služby pouze 30 center, ovlivňuje velikost regionu. Převážně je větší v poměru k počtu personálního zajištění. Fakta jsou v rozporu s vizemi center, které požadují menší oblasti se zajištěním péče všem nemocným a ohroženým osobám.

Spolupráce s dalšími specifickými službami je nezbytná v zajištění potřebné péče. Centra, jakožto mladé vznikající organizace, vyvíjí úsilí v navazování funkční spolupráce s ostatními službami, úřady státní a veřejné správy, praktickými lékaři, psychiatry a pobytovými službami typu Domov se zvláštním režimem. Vzájemná informovanost a provázaná spolupráce vede k zajištění následné péče osobě, která byla z centra propuštěna.

Využívání všech zdrojů komunity lze považovat za podpůrný princip, který má eliminovat závislost klienta na péči CDZ. Pracovní tým vede klienty k samostatnosti a zapojování se do běžného života. Závislost na dlouhodobé pomoci a péči center není žádoucí, proto pracovníci CDZ motivují klienty k využívání všech dostupných služeb nejen pro ně, ale všechny obyvatele.

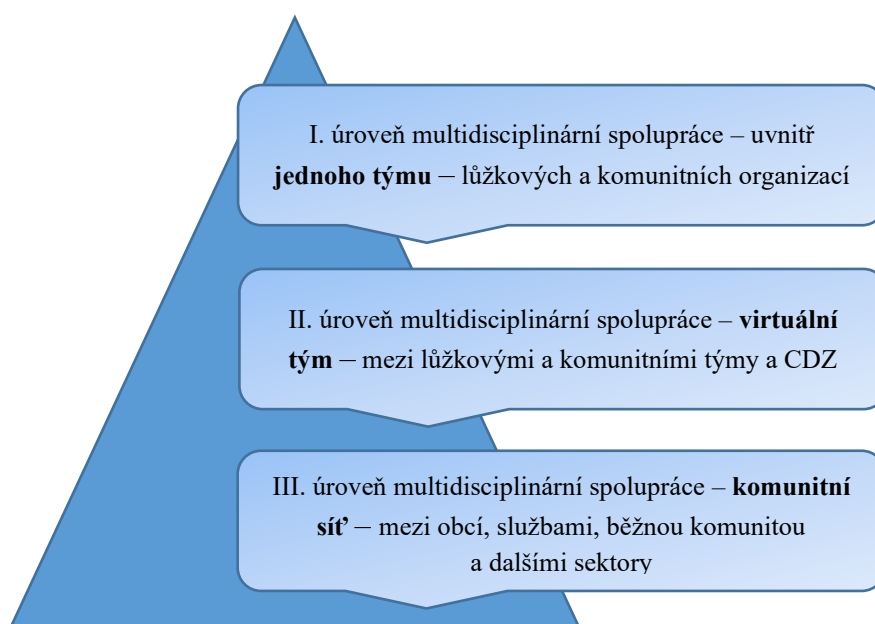
K principu využívání všech zdrojů komunity lze připojit další princip, tj. **spolupráce s návaznými službami** poskytujícími pomoc v otázkách bydlení, práce a trávení volného času (Základní principy péče poskytované v CDZ, 2017, str. 7–13).

Ohled na etiku a lidská práva musí respektovat každý člen pracovního týmu CDZ. Pracovat se zřetelem na svobodná rozhodnutí klientů, jejich důstojnost, svobodnou vůli a vždy dodržovat etický kodex zdravotní a sociální profese.

Autorka práce v příloze přikládá výčet všech mezinárodních a národních úmluv, přímo souvisejících s principem dodržování etiky a lidských práv, a ke kterým se rovněž zavázala Česká republika (Základní principy péče poskytované v CDZ, 2017, str. 7–13; NAPDZ, 2020, str. 11–12).

Centra duševního zdraví spolupracují na třech úrovních, které jsou zpracovány do schématu č. 2.

Schéma č. 2: Tři úrovně multidisciplinární spolupráce



Zdroj: Metodika zavádění multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře lidí s duševním onemocněním, 2020, str. 6 (upraveno)

Podle autorů: „*Hlavním nástrojem projektu je podpora spolupráce různých profesí a relevantních organizací a institucí tak, aby se dosáhlo maximální možné komplexnosti, koordinovanosti a kontinuity péče*“ (Metodika zavádění multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře lidí s duševním onemocněním, 2020, str. 6). Tříúrovňovým modelem spolupráce by stanoveného plánu mělo být dosaženo.

Stále rostoucí počet nově vznikajících CDZ v České republice spolu se zaváděním zcela nových přístupů, a v péči o duševně nemocné osoby doposud neznámých, mohou klienti věřit v úzdrav a šanci na kvalitnější osobní, rodinný a profesní život.

4.2 Personální zajištění Centra duševního zdraví

Práce jednotlivých profesí v takto specializovaném pracovišti vyžaduje vysokou odbornost, znalosti v problematice a zastupitelnost. Celý multidisciplinární tým je specializován

na práci s cílovou skupinou. Jedná se o osoby s psychotickými diagnózami a onemocněními o nichž pojednává celá první kapitola diplomové práce. Spolupráce v týmu vyžaduje vysoké nároky na komunikační dovednosti, organizovanost, schopnost efektivní spolupráce, udržovat pozitivní ladění a umět konstruktivně řešit pracovní a týmové problémy. V týmu je zastoupeno šest různých pracovních zařazení. Každá pozice má jasně určeny kompetence.

Psychiatr a jeho kompetence v CDZ. Je vstupní branou k zavedení klienta do péče CDZ. Indikuje postup léčby u každého klienta individuálně. Koordinuje práci celého zdravotního týmu. Psychiatr nese plnou odpovědnost za zdravotní péči, medikaci a bio-psycho-sociální přístupy ke klientovi. Je rovněž součástí terénního týmu, poskytujícího lékařskou pomoc, v případech zhoršení zdravotního stavu klienta.

Klinický psycholog je nepostradatelné profesní zastoupení multidisciplinárního týmu CDZ. Přímá práce s klienty v ambulantním i přirozeném prostředí je klíčové. Poskytuje individuální, rodinné a skupinové psychoterapie. Do jeho kompetence spadá realizace edukačních programů pro veřejnost, zaměřenou na prevenci a duševní hygienu. Je oporou členům týmu a metodikem psychoterapeutických přístupů ke klientům.

Sestra pro péči v psychiatrii a všeobecná sestra jsou pracovními pozicemi zajišťující zdravotní a ošetrující péči na základě Vyhlášky č. 55/2011 o činnostech zdravotnických pracovníků. Kompetence zdravotních pracovníků zasahují do oblastí duševního a somatického zdraví. Dohlíží na pravidelnou medikaci klientů, aplikují depotní formu léčby, monitorují aktuální duševní stav klienta, výskyt projevů onemocnění a předávají informace týmu. Péči poskytují ambulantně a v přirozeném prostředí klienta.

Sociální pracovník, pracovník v sociálních službách a jejich pracovní role v týmu CDZ. Kompetence sociálních pracovníků upravuje Zákon č. 108/2006, Sb., o sociálních službách, v platném znění. Sociální práce se zaměřuje nejen na péči o klienta, ale také na jeho sociální komunitu, zázemí a rodinu. Zajišťuje ambulantní a terénní služby v kooperaci se zdravotníky. Činnosti a specifika práce týmu sociálních pracovníků jsou detailně popsány v subkapitole 4.4.

Pracovní konzultant – IPS pracovník na podkladě Věstníku MZ č. 5/2016 má pracovník na této pozici řešit problematiku zaměstnávání klientů CDZ. Cílem je zajistit pracovní uplatnění klientů dle metodiky IPS (individual placement and support). Pracovní náplní IPS pracovníka je vyhledávání pracovních příležitostí, jednání se zaměstnavateli, uvedení klienta

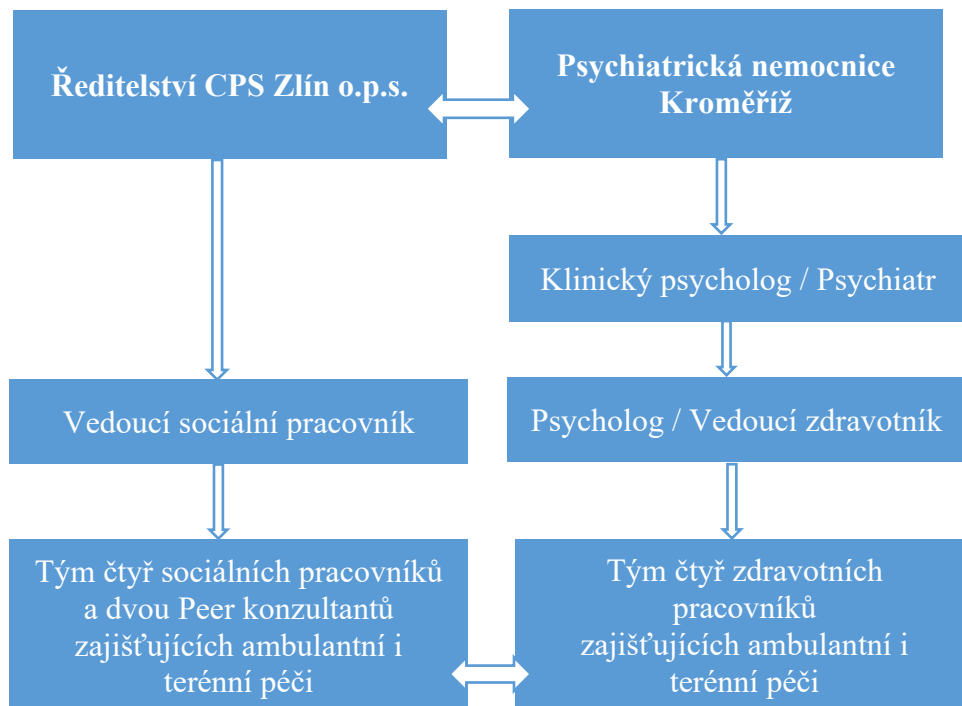
do nové práce a dohlížení na jeho celkovou adaptaci. Důležité u této profese je individuální přístup a správné vyhodnocení schopností, silných stránek a možností každého klienta.

Peer konzultant jako nově vznikající sociální profese v České republice. V současnosti a v procesu psychiatrické reformy probíhají kurzy pro budoucí Peer konzultanty. Podmínkou pro zařazení do pracovního týmu je, podle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, nutno absolvovat také kurz pracovníka v sociálních službách. Činnost peera je postavena na práci s vlastním příběhem a osobní zkušeností s duševním onemocněním. U potenciálních klientů začínají peer konzultanti s intervencemi již v psychiatrické nemocnici. Do CDZ tak přicházejí informováni, vědí, jaké služby jim mohou být poskytovány a postupně se s novým prostředím seznamují. Zkušenost pracovního týmu s peery je zajímavá a pozitivní. Prokázalo se, že mnohdy v krizové situaci, kdy klient prochází těžkou atakou, jsou jediní členi týmu, kterým dovolí se přiblížit (Reforma péče o duševní zdraví, 2017, str.13–16).

Každá pracovní pozice má svá specifika a kompetence. Dohromady tvoří funkční celek, kooperující mezi sebou podle metodiky zavádění multidisciplinárních přístupů. Jednotliví členové týmu musí mít znalosti a dovednosti podle (Základní principy péče poskytované v CDZ, 2017, str. 16–17).:

- dokázat odhalit symptomy duševního onemocnění, provádět expertízu;
- nevytvářet soudy, nenálepkovat;
- umět komunikovat s klienty v různých situacích a v týmu;
- navázat zdravý vztah klient vs. pracovník, udržet jej a ukončit;
- znalost léčebných metod a intervencí;
- k potřebám klienta přistupovat holisticky, vyhodnotit je a zajistit ve všech oblastech;
- podporovat klienta i jeho rodinu ve vyjadřování názorů a potřeb;
- zastávat roli „advokáta“ svému klientovi;
- orientovat se v legislativě zahrnující péči o duševně nemocné osoby;
- umět vyhodnotit riziko a možnost ohrožení chováním klienta, krizová intervence;
- dobře znát problematiku závislostí a závislost rozpoznat;
- vést záznamy o intervencích;
- využívat všech dostupných nástrojů (Camberwellský dotazník potřeb, dotazníky na funkční schopnosti klienta, dotazník míry zotavení).

Schéma č. 3: Organizační struktura CDZ Kroměříž (vlastní zpracování).



4.3 Centrum duševního zdraví a zavedené přístupy

Poskytování pomoci a podpory duševně nemocným osobám vyžaduje specifické přístupy pro zajištění komplexnosti a efektivity péče. Nově vznikající centra přebírají metodiku práce, zaměřující se na multidisciplinární přístupy, podle vzoru z Nizozemska. Autoři metodiky „Comprehensive Approach to Rehabilitation“ (dále CARE) jsou Dirk den Hollander a Jean Pierre Wilken. Vznik metodiky CARE se datuje k roku 1994. V Nizozemsku je úspěšně využívána v mnoha sociálních odvětvích (Wilken a Den Hollander, 2016, str. 7).

Wilken a Den Hollander (2016, str. 7) ve své publikaci uvádí: „...byly rozvinuty konkrétní možnosti jejího využití, například k účelům reintegrace do pracovního života. CARE se využívá v domovech s pečovatelskou službou, v lůžkových zařízeních psychiatrické péče, v nouzových ubytovnách pro lidi bez domova, v týmech asertivní komunitní léčby, v podporovaném bydlení, v geriatrické péči, v péči o mladistvé, ve forenzní psychiatrii a při léčbě závislosti.“ Cíle metodiky autoři spatřují v pomoci lidem s duševním a fyzickým postižením či autismem, dosahovat životních plánů a přání, vést kvalitní život i přes svá omezení (Wilken a Den Hollander, 2016, str. 17).

Celý pracovní tým CDZ absolvuje dlouhodobé školení v teorii a praxi metody CARE. CARE, jakožto nástroj k cestě zotavení, zahrnuje základní principy a jednotlivé systematické kroky.

Základním termínem v CARE je slovo zotavení. Zotavení si nelze zaměňovat s termínem uzdravení. Anthonyho (1993; str. 11–23) definice zotavení: *„Zotavení (recovery) je hluboce osobní, jedinečný proces změny vlastních postojů, pocitů, hodnot, cílů, dovedností a rolí. Je to způsob, jak žít spokojený, nadějeplný a přínosný život přes všechna omezení způsobená nemocí. Zotavení buduje nový význam a smysl života tím, že člověk katastrofální důsledky způsobené duševním onemocněním překoná.“*

První krok na cestě zotavení je navázat s klientem vztah a budovat vzájemnou důvěru. Pracovníci týmu musí mít osvojeny **komunikační strategie**, které jim pomohou vést s klienty rovnocenný dialog.

Základem metodiky je **vytvoření osobního plánu a profilu klienta**. Po zmapování silných stránek, potřeb a přání klienta, pracovník vypracuje individuální osobní plán. Obsahem plánu jsou cíle klienta a jednotlivé kroky, které musí klient za podpory realizovat, aby bylo cíle dosaženo.

Vytvoření **osobního** duševního a fyzického **prostoru** přináší klientovi bezpečí. Narušením osobního prostoru klienta, nastává riziko ataku nemoci či relapsu. Prevencí vůči tomuto riziku je vytvoření **plánu časných varovných příznaků**.

Metodika CARE stojí na **pěti pilířích** (Wilken a Den Hollander, 2016, str. 188):

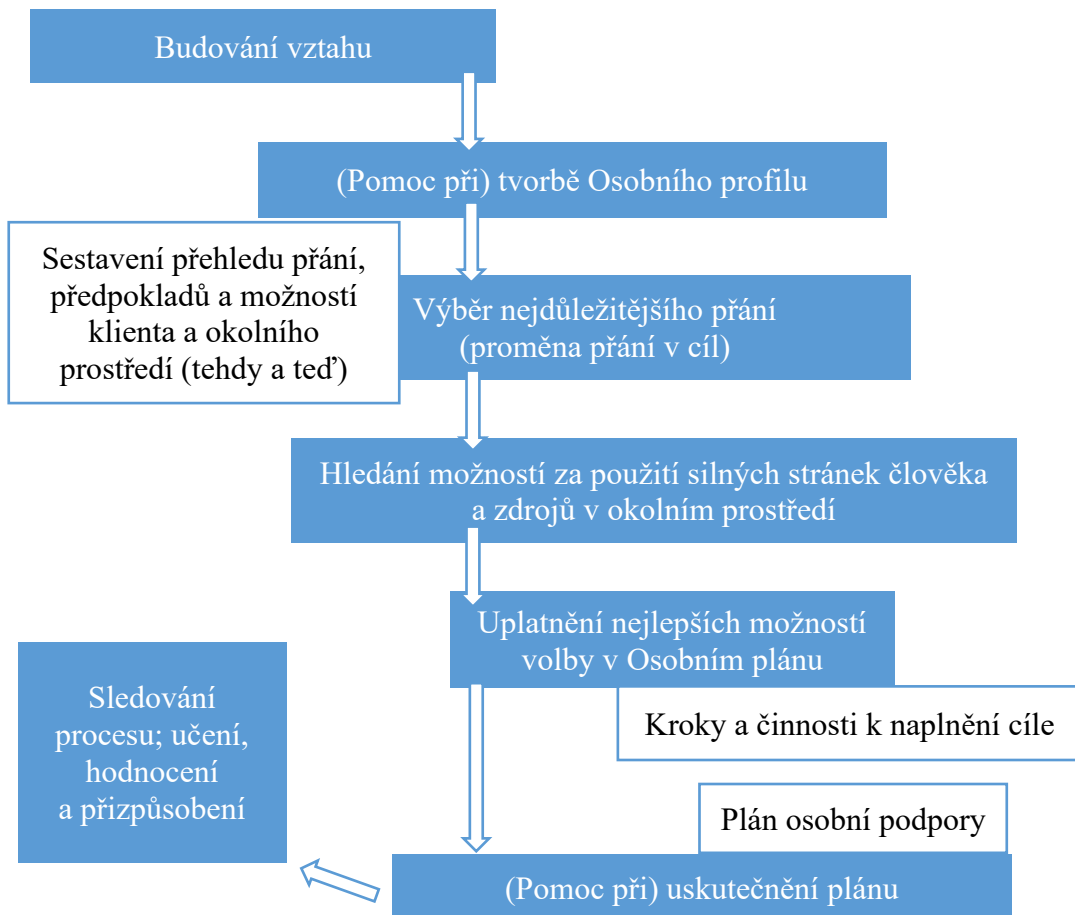
„Motivace, identita, znalosti a dovednosti, status a vytváření smyslu, sociální a materiální podpora.“

Po vypracování osobního plánu klienta, si pracovník vytváří **plán osobní podpory**, kde popisuje činnosti zajišťující tu nejlepší podporu klienta. Do plánu lze zahrnout tvorbu profilu prostředí klienta, sociální nika, sociální podporu, práci se sociální sítí, mapování systému komunitní podpory. Kvalitu prostředí pracovníci prověřují nástrojem nazvaným **„Vitamínový model“**. Model obsahuje deset položek a na základě jeho analýzy přináší důležité informace o prostředí klienta (Wilken a Den Hollander, 2016, str. 136).

Zplnomocňování je přístup CARE, bez nějž by nebylo cíle zotavení dosaženo. Podle Van Regenmortel (2002, str. 76): *„Zplnomocňování je proces posilování, v rámci kterého se jednotlivci (stejně jako organizace a společnosti) vyrovnávají s vlastní situací*

a prostředím získáváním kontroly, zdokonalováním kritického myšlení a odvahou se zapojit.“

Schéma č. 4: Metodika CARE – „plán cesty“



Zdroj: Wilken a Den Hollander, 2016, str. 76 (upraveno)

Práce se silnými stránkami klienta, ke zdárnému zotavení, je postavena na Pozitivní psychologii. Seligman ve své publikaci „Vzkvétání“ předkládá hlavní téma teorie duševní pohody (2011, str. 42–44).

„Duševní pohoda se svou strukturou podobá počasí nebo svobodě: žádný jednotlivý ukazatel ji nedefinuje vyčerpávajícím způsobem, ale podílí se na ní několik věcí. Tyto součásti nazývám prvky duševní pohody...“ (Seligman, 2011, str. 49–50).

Základem duševní pohody člověka, dle Seligmana (2011, str. 52–58) nesmí chybět:

- pozitivní emoce;
- schopnost vložit se do činnosti se zaujetím a naplno;

- dokázat navázat opravdové vztahy;
- vnímat život smysluplným;
- schopnost jít cestou úspěchu.

Pozitivní psychologie učí nemocného člověka vyrovnat se se svou nemocí a dlouhodobé duševní pohodě.

Jedním z nejpodstatnějších přístupů v multidisciplinárním týmu je case management (dále jen případové vedení). Základem případového vedení je určení klíčového pracovníka v sociální i zdravotní oblasti, napříč všemi pozicemi, každému klientovi. Klíčový pracovník pečuje o kompenzovaného klienta sám, v případě krize či dekompenzace pracuje s klientem celý tým. Tento přístup je dvouúrovňový, tudíž podmiňuje pracovníky obeznámit se se všemi klienty, což navazuje na důležitý aspekt zastupitelnosti klíčového pracovníka v jeho nepřítomnosti (Metodika zavádění multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře lidí s duševním onemocněním, 2020, str. 19).

Podrobnější rozpracování případového vedení je v subkapitole 3.4 v kontextu činnosti sociálního pracovníka v CDZ.

4.4 Sociální pracovník a jeho funkce v Centru duševního zdraví

Na práci sociálního pracovníka v CDZ jsou kladeny specifické nároky, vyplývající z problematiky péče o cílovou skupinu klientů. Nutností k efektivnímu výkonu, mimo obecných znalostí sociální práce a sociální politiky, je specializace. Sociální pracovníci prochází kontinuálním vzděláváním, zaměřujícím se na komplexní potřeby a přání klientů s duševním onemocněním, psychiatrickou rehabilitaci a klinické případové vedení. Kvalifikační předpoklady dále zahrnují dobrou orientaci v psychiatrických diagnózách a symptomech onemocnění, rozpoznání aktuálního duševního stavu klienta a schopnost reagovat při krizových intervencích v terénu. Neodmyslitelnou součástí kvalitní péče je destigmatizace (Matoušek, Koláčková a kol., 2010, str. 13–14).

Hlavním posláním sociálního pracovníka jsou ambulantní i terénní služby poskytované klientům a jejich rodinám. Pracovní požadavky se v CDZ zaměřují nejen na společenskou integraci klientů, ale i na administrativní úkony, jednání s úřady a dalšími spolupracujícími subjekty.

Přijetí nového klienta.

Jedná se o první a nejdůležitější krok v sociální práci. Často rozhoduje o tom, zda bude pacient pravidelně docházet do CDZ. Navázání důvěry a vytvoření bezpečného zázemí pacientovi, během prvních minut, je náročné a vyžaduje profesionální přístup pracovníka. Mnohdy se první setkání realizuje v jeho přirozeném prostředí, neboť pacient není schopen do zařízení CDZ přijít, důvody jsou strach, nedůvěra či neochota se léčit. Intervence s pacientem mohou začít i za doby jeho hospitalizace v PN, kdy pracovník připravuje potenciálního klienta na přechod z nemocnice do přirozeného prostředí. Součástí osobní intervence je rozhovor a aktivní naslouchání. Tyto nástroje pomáhají pracovníkovi komplexně monitorovat oblast bydlení, rodinného zázemí, financí, práce a vyhodnocení úrovně socializace klienta. Získané informace jsou předávány v týmu s respektem k etickému kodexu užívání osobních dat (Matoušek, Koláčková a kol., 2010, str. 135–140).

Každý člen multidisciplinárního týmu se podílí na rozhodnutí o přijetí pacienta do CDZ. Pokud splňuje podmínky, cílovou diagnózu, spádovou oblast, délku onemocnění a funkční narušení $GAF \leq 70$, je s ním podepsána smlouva „O poskytování sociálních služeb“ (Reforma péče o duševní zdraví, 2017, str. 23–25).

Zavedení klienta do evidence a určení case managera.

Pracovník, který první kontaktoval klienta a podepsal s ním smlouvu, se zpravidla stává jeho case managerem. Zavedení údajů klienta do evidence, s podrobným popisem průběhu osobní intervence, všech získaných informací o klientovi, je dalším pracovním krokem sociálního pracovníka (Reforma péče o duševní zdraví, 2017, str. 23–25), (Matoušek, Koláčková a kol., 2010, str. 140–141).

Funkcí case managera je edukace a vedení klienta k samostatnosti, podpora v hájení jeho práv a poradenství v oblastech finanční, bytové, rodinného práva, v pojistných i nepojistných sociálních dávkách a uplatnění na trhu práce. Nese odpovědnost za sestavený plán intervencí a koordinovanost potřeb klienta s poskytovanými službami. V této fázi sociální pracovník využívá metodiku klinického případového vedení (Matoušek, Koláčková a kol., 2010, str. 140–141).

Vyhodnocení nejaktuálnějších potřeb klienta.

Pravidelně realizované intervence odkrývají mnohdy několik souběžně vyskytujících se akutních potřeb klienta. Úkolem pracovníka je, v zájmu klienta, vypracovat individuální a krizový plán, jako oporu na cestě k zotavení.

Následně klient s pracovníkem plány konzultují a jednotlivé kroky, nutné k dosažení nastavených cílů, si odsouhlasí. V těchto pracovních činnostech se postupuje dle metodiky CARE (Wilken a Den Hollander, 2016, str. 65–75).

Práce na společenské integraci.

Základem běžného fungování jedince ve společnosti je jeho schopnost interakce s okolím, lidmi, komunitami. Duševně nemocní tuto základní schopnost vytrácí vlivem nemoci nebo opakovanými dlouhodobými hospitalizacemi. Běžné denní úkony se stávají obtížnými a pro mnohé nemocné i nezvladatelnými. Dochází k sociální izolaci až společenskému vyloučení.

Každý sociální pracovník CDZ přistupuje ke klientovi individuálně, s ohledem na jeho individuální potřeby, plány a přání. Bere na zřetel klientovi obtíže, jeho duševní a fyzické limity. Sociální pracovník začíná od nejzákladnějších činností člověka, které by měl zvládat a nebyť tak závislý na pomoci druhých.

Jedná se o terénní asistenci při nakupování, zprostředkování sociálního kontaktu, pomoc v domácnosti při zhotovování jednoduchých jídel, v péči o fyzickou a duševní hygienu, doprovod na úřady či další spolupracující instituce. Práce na resocializaci klientů se realizuje také v prostorách CDZ, kde klienti navštěvují terapeutické skupiny, kognitivní terapie, činnostní terapie a relaxační nácviky. Učí se zvládat modelové situace a řešit neočekávané situace. Uvedené poskytované služby klienty mobilizují a napomáhají aktivněji se zapojovat do společenského života. Zvládání základních úkonů je startem k možnému osamostatnění se, což je posláním a cílem týmu CDZ (Metodika zavádění multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře lidí s duševním onemocněním, 2020, str. 19).

Propuštění klienta.

Multidisciplinární tým pečlivě hodnotí, který klient může být propuštěn z poskytovaných sociálních služeb CDZ. Vytváří podmínky pro bezpečné propuštění a klienta předává do péče praktického lékaře a ambulantního psychiatra (Reforma péče o duševní zdraví, 2017, str. 25), (Metodika zavádění multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře lidí s duševním onemocněním, 2020, str. 19).

Klient CDZ také přestává být klientem kdy:

- Doba, na kterou byla smlouva „O poskytování sociálních služeb“ uzavřena, již uplynula;
- klient sám požádá o ukončení smlouvy;
- klient porušuje smluvní podmínky vyplývající ze smlouvy;
- úmrtím klienta.

Práce na sociální integraci osob s těžkým duševním onemocněním je náročná na čas, vyžaduje trpělivost a realistický náhled sociálního pracovníka. Pomocí je fungující spolupráce s rodinami a blízkými klienta. V okamžiku, kdy klient opouští služby CDZ, jsou tak jeho důležitou a mnohdy jedinou oporou.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODOLOGIE VÝZKUMU

Kvalitativní přístup výzkumného šetření byl volen na základě přesně stanoveného výzkumného problému a definováním hlavní výzkumné otázky. Podstatou výzkumu je podrobně a do hloubky analyzovat, jak multidisciplinární tým Centra duševního zdraví plní věcné zaměření a cíl organizace (Švaříček, Šedřová, 2007, str. 22). Výzkumným záměrem je získat co nejvíce informací k péči o klienty v jejich přirozeném prostředí. O vlivu komplexní péče na změnu kvality klientova života v rámci sociální rehabilitace, preferenci poskytovaných služeb a úrovni povědomí o existenci organizací poskytujících obdobnou péči stejné cílové skupině.

5.1 Výzkumný problém

Problematika života lidí s vážným duševním onemocněním se rovněž velmi úzce dotýká především rodinných příslušníků a blízkých osob. Mnohdy sami nevědí, jak s nemocným komunikovat či jak reagovat v kritických situacích při zhoršení zdravotního stavu. Kde mohou pomoc vyhledat a na jaké zdravotně sociální služby mají nárok nejen nemocní, ale oni samotní. Uvedené aspekty a reforma psychiatrické péče vedla k založení Center duševního zdraví. Výzkumným problémem je samotné plnění věcného zaměření a stanovených cílů organizace pohledem blízkých osob, pečujících o duševně nemocného.

5.2 Kvalitativní výzkum

Zvolený kvalitativní přístup a realizace metody polostrukturovaného rozhovoru, poskytne podrobná data k uvedeným aspektům výzkumného problému. Polostrukturovaný rozhovor, na základě otevřených otázek, umožňuje interpretovi volně hovořit na dotazované téma. Doplňující otázky jsou výzkumníkem využity pro rozvinutí rozhovoru a získání většího prostoru k výpovědi interpreta na nově rozkrývající se témata. Výzkumníkem je celý proces pečlivě zaznamenáván a usměrňován (Řiháček, Čermák, Hytych a kolektiv, 2013, s. 16).

Hlubková analýza získaných informací, z jednotlivých rozhovorů, primárně objasní zkušenosti, znalosti, názory a vnímání reality samotných interpretů (Švaříček, 2007, str. 13). Výstupy výzkumného šetření nelze zobecnit na celou populaci, tak jak je tomu u kvantitativního přístupu (Průcha, Veteška, 2014, str. 170), přínos kvalitativního výzkumu je spatřován v jeho specifičnosti a ojedinělosti.

Švaříček, Šedřová (2007, str. 17) uvádí definici kvalitativního výzkumu takto: „*Kvalitativní přístup je proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hloubkových datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějící kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu.*“

Pro účely výzkumu jsou zajištěny prostory Centra duševního zdraví Kroměříž. Realizace rozhovorů výzkumníka s interprety bude probíhat v posluchárně, v předem dohodnutém termínu. Prezentování výsledků výzkumu, doporučení pro praxi a diskuse mohou být, se souhlasem autorky práce, postoupeny vedení Centra duševního zdraví a použity k interním potřebám.

5.3 Výzkumné cíle

Dle Švaříčka (Švaříček, 2007, str. 63), jsou výzkumné cíle stanoveny synergicky, směřovány k aplikaci do praxe.

HVC: Analyzovat, jak plní věcné zaměření a cíl organizace CDZ Kroměříž pohledem pečujících osob.

Hlavní výzkumný cíl byl výzkumníkem formulován v souladu s hlavní výzkumnou otázkou.

DVC 1: Zjistit, jak je plněn účel organizace přesunem těžiště péče o klienty v jejich přirozeném prostředí.

DVC 2: Vyhodnotit jakým způsobem ovlivnila komplexní péče multidisciplinárního týmu CDZ osobnostní rozvoj klienta a život blízké osoby o něj pečující.

DVC 3: Zjistit, které z oblastí sociální rehabilitace nejvíce využívají blízké osoby, pečující o nemocného, v rámci sociální intervence.

DVC 4: Identifikovat, jaké služby, poskytované CDZ, osoby pečující o nemocného nejvíce preferují, a které postrádají.

DVC 5: Vymezit znalost a informovanost pečujících osob o existenci obdobných organizací, které by komplexně zajistily péči o duševně nemocnou osobu a praktické zkušenosti s umístěním blízké osoby do těchto zařízení.

5.4 Výzkumné otázky

Výzkumné otázky jsou základem zvoleného kvalitativního metodologického přístupu. Stanovení výzkumných otázek vede k nalezení odpovědí a výzkumnému cíli.

HVO: Jak CDZ Kroměříž plní věcné zaměření a cíl organizace pohledem pečujících osob?

Hlavní výzkumná otázka je přesně definována a z ní vycházejí dílčí výzkumné otázky. Formulace dílčích výzkumných otázek je v souladu s konceptem výzkumného problému a záměrem následné interpretace dat (Švaříček, Šedřová, 2007, str. 82).

DVO 1: Jak je plněn účel organizace přesunem těžiště péče o klienty v jejich přirozeném prostředí?

DVO 2: Jakým způsobem ovlivnila komplexní péče multidisciplinárního týmu CDZ osobnostní rozvoj klienta a život blízké osoby o něj pečující?

DVO 3: Které z oblastí sociální rehabilitace nejvíce využívají blízké osoby, pečující o nemocného, v rámci sociální intervence?

DVO 4: Jaké služby, poskytované CDZ, osoby pečující o nemocného nejvíce preferují, a které postrádají?

DVO 5: Jaké mají pečující osoby povědomí a informace o existenci obdobných organizací, které by komplexně zajistily péči o duševně nemocnou osobu se zhoršeným zdravotním stavem?

5.5 Výzkumný soubor a jeho způsob výběru

Stěžejním tématem diplomové práce je význam pomoci lidem s duševním onemocněním a jejich rodinám. Výzkum je soustředěn na práci multidisciplinárního týmu Centra duševního zdraví Kroměříž z pohledu blízkých osob, pečujících o duševně nemocnou osobu. To je důležitým faktorem pro samotný výběr výzkumného souboru. Interpreti jsou voleni způsobem záměrného výběru výzkumníkem a na základě definování výzkumného problému tak, aby bylo dosaženo cíle výzkumu.

Volba interpretů proběhla dle stanovených kritérií:

- Musí být osobou blízkou, která o klienta Centra duševního zdraví Kroměříž pečuje po dobu minimálně 1 roku.
- Musí aktivně spolupracovat s multidisciplinárním týmem Centra duševního zdraví Kroměříž.
- Klient musí mít uzavřenou smlouvu o poskytování sociálních a zdravotních služeb Centra duševního zdraví Kroměříž.

Stanovení kritérií je nezbytným krokem k výběru vhodných interpretů pro kvalitativní výzkum zkoumané problematiky (Reichel 2009, str. 83).

Vybraní účastníci s rozhovorem souhlasili. Výzkumníkem byli seznámeni s výzkumným problémem, hlavními a dílčími cíli výzkumu. Ve třech případech se rozhovory realizovaly v prostorech CDZ. Jeden z rozhovorů probíhal v domácím prostředí klienta a jeden v psychiatrické ambulanci lékaře CDZ.

Tabulka č. 6: Účastníci výzkumu

Jméno a kód interpreta	Vztah k nemocné osobě	Délka péče o nemocnou osobu
I 1	Manžel	4 roky
I 2	Sestra	3 roky
I 3	Syn	2,5 roku
I 4	Matka	3 roky
I 5	Manželka	20 let

5.6 Design kvalitativního výzkumu

Jak bude výzkumník realizovat výzkum a za jakých podmínek, jsou základní otázky pro vhodnou volbu designu výzkumu. Výzkumník zvolil design zakotvené teorie, podle které byl metodologicky výzkum veden. Zakotvená teorie dle Strausse a Corbinové (1999, str.14) je induktivní metodou zkoumající jev, který reprezentuje. Pomocí zakotvené teorie výzkumník odhaluje nové teorie, které musí být zakotveny v datech.

Cílem diplomové práce je analyzovat, jak plní věcné zaměření a cíl organizace CDZ Kroměříž z pohledu pečujících osob. Kvalitativní výzkum je zpracován ve třech etapách, sběr dat,

kódování a konstruování teorie (Švaříček, Šed'ová, 2007, str. 87). Výzkumník sebraná data analyzuje analytickou technikou kódováním – otevřeným, axiálním a pomocí paradigma-tického modelu.

5.7 Technika sběru dat

Kvalitativní výzkum je zaměřen na specifickou sociální skupinu osob. To vedlo k nejčastěji využívané technice sběru dat, kterou je hloubkový rozhovor. S každým interpretem probíhal polostrukturovaný rozhovor. Výzkumník kladl účastníkům předem připravené otevřené otázky, umožňující dále rozvíjející se diskusi, aby bylo zafixováno co nejvíce deskriptivních údajů. Dosažením nasycenosti dat výzkumník splnil důležitý princip kvalitativního výzkumu a získaná data mohly být využity v zakotvené teorii. (Švaříček, 2007, str. 158–160).

Položky do rozhovoru jsou koncipovány tak, aby byl dodržen konceptuální přístup a výpovědi interpretů přinesly odpovědi na každou výzkumnou otázku.

Úvodními otázkami jsou položky 1–4, kterými má výzkumník ověřit, zda vybraní interpreti splňují nastavená kritéria. Hlavní otázky jsou stylizovány do běžné řeči pro jejich snadné porozumění. Mají deskriptivní charakter a mohou být rozvedeny doplňujícími otázkami, aby měl interpret možnost podrobněji hovořit o svých zkušenostech, prožitcích, názorech a postojích na zkoumanou problematiku (Švaříček, 2007, str. 164).

1. V jakém příbuzenském vztahu jste s p. X?
2. Jak dlouho se s duševním onemocněním léčí?
3. Sdílíte jednu domácnost?
4. Jak dlouho o něj/ní pečujete?
5. Kolikrát a jak dlouho byl/byla p. X hospitalizován/a v PN?
6. Kde jste se o fungování CDZ dozvěděl/a?
7. Jak dlouho využíváte zdravotně sociální péče CDZ?
8. Jak byste hodnotil/a spolupráci týmu CDZ s Vámi?
9. Můžete říct, zda pozorujete změnu v kvalitě života nemocného od doby, co je v péči CDZ?
10. Zhodnoťte, jaký dopad má pomoc a péče ze strany CDZ o p. X na Vás a Váš soukromý život?
11. Můžete popsat, které služby a forma pomoci o p. X Vám nejvíce pomáhají nebo byste je nedokázal/a sám/a zajistit?

12. Uveďte, jaké jsou Vám známy sociální dávky, které můžete pro sebe a p. X čerpat?
13. Popište, jaké služby sociálních pracovníků jste využili?
14. Jak dobře znáte specifika duševního onemocnění p. X, kde získáváte informace o nemoci a jsou dostačující nebo byste přivítal/a přednášku odbornějšího charakteru?
15. Využíváte více služby ambulantní, nebo terénní a je CDZ pro Vás snadno dostupné?
16. Popište, v jaké službě/službách poskytované CDZ, spatřujete největší pomoc, podporu v péči o p. X.
17. Napadá Vás nějaká služba, pomoc, kterou byste přivítal/a a CDZ ji neposkytuje?
18. V případě, že byste nebyl/a schopen/a nadále pečovat o p. X z vážných důvodů, znáte jiné možnosti zajištění komplexní péče o p. X?
19. Jakou máte osobní zkušenost s umístěním p. X do zařízení s nepřetržitou péčí?
20. Jaký je Váš názor na zajištění péče o psychicky nemocné osoby v systému sociální péče v ČR?

Etické otázky kvalitativního výzkumu

Nedílnou součástí, dnes již každého empirického výzkumu, jsou etické principy. V rámci morálního kodexu a v souvislosti se zveřejňováním diplomové práce, je výzkumník konfrontován s etickými otázkami, které by mohly mít významný dopad na celý výzkum.

Švaříček, Šedřová (2007, str. 44–49) uvádí tři základní etické principy.

Důvěrnost – způsob zachování anonymity účastníků výzkumu. Úvodem rozhovoru informoval výzkumník všechny zúčastněné interprety o zachování jejich anonymity. Každý interpret vystupoval po celou dobu realizace výzkumu pod kódem, který mu přiřadil výzkumník.

Poučený souhlas – souhlas s fixováním rozhovoru. Výzkumník požádal vybrané interprety o vzájemnou spolupráci na empirickém výzkumu. Seznámil je s hlavním tématem diplomové práce a cílem výzkumu. Před samotnou realizací rozhovorů každý interpret slovně udělil souhlas s nahráváním rozhovoru. Souhlas byl fixován na záznam zvuku v mobilním zařízení.

Zpřístupnění práce účastníkům výzkumu – interpretům bylo nabídnuto zpřístupnění výsledků výzkumu. Zájem projevíli interpreti I 2; I 3.

6 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT

Tato kapitola diplomové práce předkládá analýzu a interpretaci nasbíraných dat. Popisuje postupy empirického šetření a zaznamenává výsledky výzkumu. Výstupem výzkumu je odpověď na hlavní výzkumnou otázku: „*Jak CDZ Kroměříž plní věcné zaměření a cíl organizace z pohledu pečujících osob?*“

V zájmu zajištění úplnosti konceptu výzkumu a získání plné nasycenosti relevantních dat, je hledání odpovědí na dílčí výzkumné otázky. Cílem je dosažení a rozvinutí nově vznikající teorie (Švaříček, Šed'ová, 2007, str. 84–89).

Dílčí výzkumné otázky.

Jak je plněn účel organizace přesunem těžiště péče o klienty do jejich přirozeného prostředí?

Jakým způsobem ovlivnila komplexní péče multidisciplinárního týmu CDZ osobnostní rozvoj klienta a život blízké osoby o něj pečující?

Které z oblastí sociální rehabilitace nejvíce využívají blízké osoby, pečující o nemocného, v rámci sociální intervence?

Jaké služby, poskytované CDZ, osoby pečující o nemocného nejvíce preferují, a které postrádají?

Jaké mají povědomí a informace o existenci obdobných organizací, které by komplexně zajistily péči o duševně nemocnou osobu se zhoršeným zdravotním stavem?

6.1 Otevřené kódování

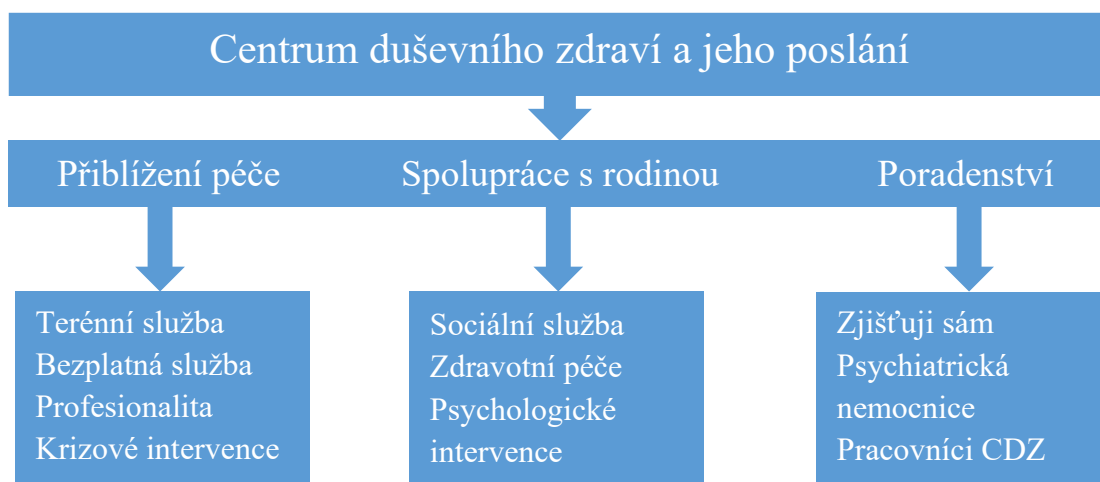
Základní technikou zakotvené teorie je kódování. Jedná se o analýzu výpovědí interpretů, kdy výzkumník generuje indikátory, které na základě významové shody následně tvoří jednotky. Ty jsou přiřazovány k jednotlivým konceptům, výzkumníkem pojmenovány a systematicky slučovány do kategorií. Mezi kategoriemi výzkumník hledá a definuje vztahy, jež jsou základem výsledné studie (Švaříček, Šed'ová a kol., 2007, str. 221–222).

Zafixovaná data z rozhovorů byla analyzována, kódována a přerozdělena do šesti kategorií: Centrum duševního zdraví a jeho poslání – ÚČEL MISE, multidisciplinární tým a jeho poslání – PROCES JE CESTA, sociální pracovník a jeho pomoc – DOPROVOD NA CESTĚ ZOTAVENÍ, služby CDZ a potřeby klienta – CO UMÍME A CO NE? Zajištění náhradní péče – KDO JINÝ?

Kategorie č. 1 – ÚČEL MISE

Zda a jak plní organizace CDZ svůj účel v souvislosti s přesunem těžiště práce, z instituce do přirozeného prostředí klienta, je první rozsáhlou kategorií. Výzkumníka zajímal názor a zkušenosti pečujících osob o duševně nemocného, kteří byli interprety empirického výzkumu. Stěžejní oblasti první kategorie: spolupráce týmu CDZ s rodinou nemocného, přiblížení péče ke klientovi a jeho blízkým, znalost specifik duševního onemocnění opečovávané osoby.

Schéma č. 5: Vztahy mezi subkategoriemi – ÚČEL MISE (vlastní zpracování)



Interpreti byli požádáni o sdělení, jak vnímají spolupráci nové instituce CDZ, která vznikla jako hlavní pilíř psychiatrické reformy. Výzkumník považoval za opodstatněné do první kategorie zařadit také dotaz týkající se znalosti specifik duševního onemocnění blízké osoby. Poradenství pečujícím osobám je nejen součástí poslání CDZ, ale také prevencí vztahových a komunikačních konfliktů.

Oslovení interpreti vnímají spolupráci a pomoc týmu CDZ kladně, výpovědi se liší pouze v uvedených zkušenostech či druhu poskytnuté pomoci, jež pozitivně ovlivnilo celkové hodnocení.

Interpretka 2 (43–44), pečující o svého bratra uvedla: „...hodnotím dobře. Děvčata jsou tam moc hodné.“ Kladné hodnocení opřela o skutečnost, že hodně využívala sociálně – zdravotní služby, které jí a bratrovi zkvalitnily život I 2 (44): „pomáhali mi řešit hodně věcí.“ V začátku navázané spolupráce s týmem CDZ interpretka 2 vykazovala symptomy únavy, nedůvěry a pesimismu, měla obavu o služby CDZ požádat, což okomentovala slovy I 2 (48–49): „Musím se přiznat, že ze začátku jsem šanci na nějaké zlepšení nedávala.

Nevěřila jsem v to...“ I 2 (55–58): „Pamatuju si, jak už jsem to psychicky s bratrem nezvládala, musela jsem chodit do práce, a ještě ho hlídat, aby si vzal léky, nechtěl mi přispívat penězama, takže stálé hádky a když se mu zhoršil jeho stav, tak jsem se ho dokonce bála.“ Nepříznivá finanční situace byl jeden z důvodů, proč interpretka nepožádala o pomoc dříve I 2 (24–25): *„...myslela jsem si, že se to platí, a že je to něco jako má Charita denní stacionář. Ale dnes už vím, že je to jinak.“* Z odpovědi vyplývá fakt, že bezplatnost služeb CDZ je jeden ze základních aspektů přiblížení se k nemocným a jejich blízkým. Druhým důležitým aspektem, ovlivňujícím možnost týmu CDZ poskytnou pomoc, uvedla I 2 (101–102) toto: *„My jsme z Holešova, tak to je bohužel na dojíždění vlakem nebo autobusem. Takže jsem ráda, že za bratrem děvčata jezdí domů.“*

Interpret 1, manžel pečující a svou ženu (31–33) na otázku spolupráce odpověděl takto: *„Ta spolupráce od té doby, ten rok a půl co trvá, je úplně skvělá, protože manželce se mnohem zlepšil její stav. Je, dalo by se říct, úplně někde jinde než před spoluprací s CDZ. A já jsem informován o její léčbě a děkuji za vstřícnost zaměstnancům duševního centra Kroměříž.“* V rozhovoru I 1 rovněž hovořil o situaci, kdy procházel se ženou velmi náročným obdobím v její nemoci a dostalo se jim pomoci v intervencích pracovníků CDZ I 1 (81–84): *„...když měla manželka velké deprese a měla obavu vycházet z domu, kdy vlastně, že jsme žili vlastně hlavně po tmě, protože měla strach i ze světla, k nám docházeli pracovníci centra duševního zdraví na terapii a byli velice příjemní ochotní a získali si manželky důvěru...“*

Odpověď na spolupráci, ve shodě s ostatními interprety, dostal výzkumník i od interpretky 5, která pečuje o svého manžela. Svou odpověď opírá o zcela novou službu, terénních intervencí psychiatrických lékařů a klinických psychologů I 5 (25–27): *„Vaší spolupráci hodnotím jako velmi kladně, jsme z Holešova, takže za námi vlastně dojíždí i do místa bydliště, byl za námi už vlastně doma i psycholog dokonce i psychiatr, což jsme dřív jako do této doby nezažili, aby k nám psychiatr nebo psycholog mohl přijet domů.“*

Interpret 3, pečující o svou matku spatřuje hlavní význam ve spolupráci s CDZ na jejich terénních intervencích a aktivizacích klientů. Dokládá to slovy I 3 (47–50): *„Hodnotím to velmi dobře. Jsem rád, že CDZ existuje a doufám, že se bude dobře rozvíjet jeho činnost i působnost.“* *„...když vím, kdy mají přijet za máti, tak tam přijdu a pro máti je to pomalu společenská událost...smích. Hned vaří kafe a rozvykládá se, a to já rád vidím.“*

I 3 v otázce dostupnosti služeb CDZ nastínil dva úhly pohledu. Oceňuje terénní intervence

a současně shledává absenci CDZ v menších městech. Chápe důvody nízkého zasíťování této instituce v rámci celé ČR, ale pohledem klientů CDZ to vidí jako jednu z bariér v přiblížení péče I 3 (100–104): *„Využíváme terénní služby, protože nejsem mobilní a cestovat do Kroměříže je časově náročné, proto bych přivítal, kdyby i v menších obcích byla zajištěna činnost CDZ, ale chápu, že jako nezisková organizace pracujete s omezeným rozpočtem. Myslím, že pro mnoho klientů je to spíše finanční problém. Časté dojíždění do okresního města je z hlediska jejich omezených zdrojů nemožné.“*

Interpreti odpovídali také na otázky z oblasti znalosti specifík duševního onemocnění blízké osoby. Cílem výzkumníka bylo zjistit, jaká je znalostní úroveň pečujících osob o psychotických diagnózách, kde informace získávají a zda jim v této oblasti bylo poskytnuto profesionální poradenství skrze pracovníky CDZ. Projevy a negativní specifika duševní nemoci mohou ztrpčovat vzájemné soužití členů rodiny s nemocnou osobou, opodstatněná je zde znalost asertivní komunikace s nemocným či brzké rozeznání psychotické ataky. Poučení členové rodiny a blízké osoby tak mohou předcházet konfliktům a mnohdy i fyzické atace ze strany nemocného.

Interpretka 2 své současné znalosti o nemoci bratra získávala postupně, a především z osobních zkušeností. Odvolávala se na nedostatek informací v době, kdy bratr onemocněl. O nabídku přednášky odbornějšího charakteru v CDZ neprojevila zájem, kdy řekla I 2 (91–93): *„Víte, já bych řekla, že už dobře za ty roky. Ale když brácha onemocněl a skončil v blázinci, nevěděla jsem nic a nechci být sprostá, ale ani v nemocnici mi nic bližšího neřekli.“* Svou odpověď ještě doplnila slovy, jež potvrzují interpretčinu potřebu psychické úlevy po dlouholeté péči o bratra (98–99): *„Já už jsem si s bratrem a jeho nemocí užila tolik, že jsem ráda, že je období klidu a o psychózách nechci ani slyšet.“*

S odlišnou odpovědí přišla I 5, která si zajistila souhlas manžela na její osobní účast u psychiatrického vyšetření v CDZ, kde současně získává cenné informace o nemoci a aktuálním duševním stavu manžela I 5 (85–88): *„...takže napřed jsem se snažila si ty informace získat nějak sama. Aktuálně jsem teda moc ráda, že můžu být se souhlasem manžela přítomna u toho vyšetření psychiatrického a psychiatr s námi vždy konzultuje ten aktuální stav a vývoj nemoci.“* Interpret 1 také využil poskytovanou službu CDZ a nechal se informovat o nemoci své ženy v psychiatrické ambulanci, kde mu lékařka podrobně vysvětlila specifika onemocnění a celkovou prognózu, v odpovědi uvedl I 1 (71–74): *„Takže informace jsem získával, hlavně když jsem neznal zprávu zdravotního stavu své ženy,*

na internetu a poté i psychiatricka mi naznačila vlastně o jakou nemoc se jedná a další informace jsem získal i na centru duševního zdraví kam jsme docházeli a po rozhovoru s psychiatrickou...“

Třetí shodnou odpověď s interprety 5 a 1, v oblasti informovanosti o nemoci, podala interpretko 4, matka pečující o syna se schizofrenií se vyjádřila takto I 4 (84): *„Tak nám už v podstatě řekli v telefoně, když tam byl podruhé, že má teda tu schizofrenii...“*. Následně pokračovala v popisu životního příběhu syna, po celou dobu bylo zřetelné, jak matka synovou nemocí trpí i celkovou situací, kdy syn v době akutního propuknutí nemoci zadlužoval celou rodinu. Poté se vrátila k danému tématu a odpověděla I 4 (87–89): *„No, a po tomhle jsme mluvili s paní doktorkou v té ambulanci a ta na to v podstatě taky tak, že to už je takové onemocnění do konce života, že prostě musí brát ty léky...“*. Z odpovědi není zřejmé, že získané informace interpretko 4 o nemoci předala lékařka CDZ. Výzkumník doplňujícími otázkami zjistil požadovaná data I 4 (28–29): *„Jedná se o léčbu, kterou mu nařídil soud, protože něco spáchal, ale soud vyhodnotil, že to bylo pod vlivem nemoci, tak šel do léčebny, a ne do kriminálu.“* I 4 (31) ještě dodala, aby upřesnila, kdo je ošetřující psychiatrický lékař syna: *„Syn má tu léčbu ambulantní, takže mi řekl, že bude chodit sem do ambulance k paní doktorce.“*

S rozsáhlou odpovědí přišel interpret 3. Hovořil o naprosté neinformovanosti ze strany lékařů PNKM. Interpret neměl povědomí o tom, jakou duševní nemocí matka trpí, jaký to bude mít průběh a dopad na její kvalitu života. Informace si hledal sám prostřednictvím internetu a jak on sám popisuje I 3 (89–90): *„O schizoafektivní poruše jsem si přečetl v roce 2001 na internetu, protože při prvních návštěvách v PN nás nikdo neinformoval...“* I 3 (91–93): *„V té době nebylo na internetu moc informací, jak je tomu dnes. Poté jsem průběžně sledoval nové informace i s příchodem YouTube a sociálních sítí.“* K otázce možnosti navštívit přednášku odbornějšího charakteru projevil interpret zájem na téma (94–95): *„No, ještě mě zajímají studie výzkumu nových léčiv a léčebných postupů z hlediska celé psychiatrie.“*

Shrnutí kategorie č. 1

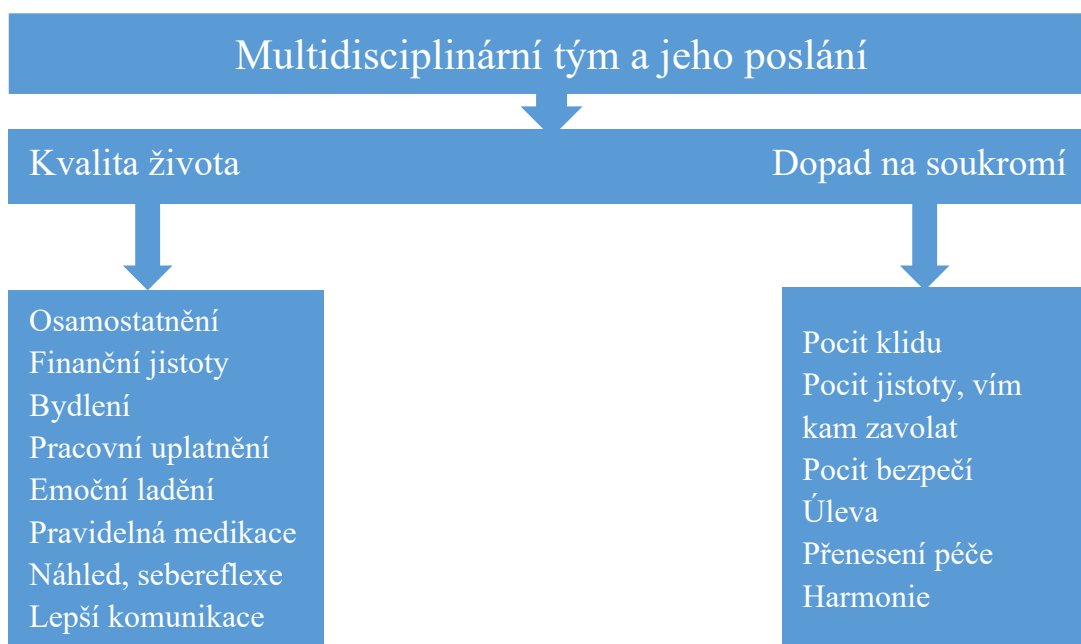
Všichni oslovení interpreti zkoumanou oblast, spolupráci s týmem CDZ, hodnotí kladně. Z rozhovorů vyústily stěžejní aspekty, které měly významný vliv na pozitivní hodnocení spolupráce. Interpreti ocenili bezplatnost služby, terénní intervence, nejen sociální

a zdravotní služby, ale i péči lékařů a psychologů. V oblasti informovanosti, o specifikách duševního onemocnění osoby, o níž pečují, se dva interpreti ve výpovědích rozcházejí. Tři interpreti se informují o nemoci a aktuálním stavu svého blízkého u lékaře CDZ. Před vznikem CDZ si informace museli zjišťovat sami. Jedna interpretka uvedla, že duševní onemocnění poznávala díky osobním zkušenostem s bratrem. Interpret pečující o matku si informace hledal aktivně sám a jako jediný projevil zájem o přednášku na téma, které si sám uvedl.

Kategorie č. 2 - PROCES JE CESTA

Druhá kategorie je cílena na **zkoumání kvality života**. Interpreti se měli vyjádřit k otázce, jakým způsobem ovlivnila péče týmu CDZ životy pečujících osob a duševně nemocných. Zda jsou pozorovatelné změny v osobnostním rozvoji nemocného či vnímané změny v kvalitě života obou stran.

Schéma č. 6: Vztahy mezi subkategoriemi – PROCES JE CESTA (vlastní zpracování)



K otázce změny kvality života nemocného interpreti odpovídali shodně o pozorovaném zlepšení, avšak jejich odpovědi by mohl výzkumník definovat jako vícerozměrné a zasadit do škály 1–4. Interpretka, která v úvodu vypovídala o jisté nedůvěře v jakékoliv zlepšení situace odpověděla I 2 (50): „*No tak, že se určitě zlepšil, jinak by nebydlel sám, ale pořád u mě...*“ Kvalitu života interpretka také vnímá skrze zdraví a dodržování pravidelné medikace, čehož bylo v případě jejího bratra docíleno I 2 (51 – 52): „*...díky péči užívá léky pravidelně, to je to hlavní a je samostatnější.*“ Svůj aktuální soukromý život interpretka

hodnotí jako harmoničtější, hovoří o pomyslném přenesení péče a starostí o bratra na multidisciplinární odbornou péči CDZ a změnu vyjádřila slovy I 2 (55): „*Jedním slovem obrovský.*“ I 2 (59–60): „*Ted' žijeme každý zvlášť, já mám klid a jistotu, že je na něj dohlíženo odborníkama, mám více času a psychicky jsem se dala dohromady.*“

Interpretka 5 hodnotí pojem kvalita života duševně nemocné osoby prostřednictvím získávání náhledu na duševní onemocnění a schopnost sebereflexe I 5 (37–39): „*...s manželem dělají různé vlastně individuální plány, krizové plány a celkově i ten manžel získává lepší náhled na to onemocnění a více se vlastně umí sebemonitorovat.*“ V oblasti soukromého života interpretky dostal výzkumník obsáhlou odpověď. Shodně s I 2 uvádí, že je aktuálně klidnější. Srovnává zkušenosti z minulosti s těmi současnými a poukazuje na konkrétní problémy, kterými procházeli I 5 (41–45): „*Dřív manžel chodil k psychiatrovi jednou za tři měsíce. Ty objednáci lhůty byly jo takový zdlouhavý...“* „*...nebylo možné někde sehnat nějakého psychologa, natož tak psychologa, který by se věnoval mně, který by si promluvil se mnou...“* Současnou situaci hodnotí I 5 pozitivně a ve výpovědi se nalézá další klíčový aspekt, ovlivňující soukromý život pečující osoby, kterým je terapie a existence podpůrné skupiny lidí, řešící stejné problémy I 5 (48–49): „*...jako pozitivní teda ještě hodnotím skupinové vlastně psychoterapie. Kde můžeme i příbuzní se setkávat a sdílet vlastně tady ty pocity.*“ Výzkumník doplňujícími otázkami zaznamenal odpověď, kladoucí důraz na získání větší jistoty interpretky I 2 (52–54): „*Tak vím, že pokud se něco děje, tak můžu vlastně tuto službu kdykoliv oslovit a nemusíme to nechávat jakoby tu situaci až vyhrotit i z toho hlediska zdravotního jo i psychologického.*“

Interpret 1 největší posun u své ženy shledává v jejím emočním ladění I 1 (37): „*Žena je víc veselá, než jsem kdy za poslední roky viděl a řekl bych, že vlastně ano, užívá si život...“* Interpret zastává názor, že současné chování manželky je výsledkem celkové a dlouhodobé péče týmu CDZ, což má i dopad na jeho aktuální soukromý život I 1 (42–44): „*Vracím se z práce v klidu a bez obav, co se doma zase stalo, jestli manželku najdu živou, protože stále mluvila o sebevraždě a o sebepoškozování. A nyní mě vítá, máme navařeno, vyvenčené zvířata, takže úplně něco jiného, než to bylo předtím.*“ Výzkumník v nonverbální komunikaci u interpreta zaznamenal uvolnění a snížení napětí ve chvíli, kdy popisoval, pro něj ty „šťastné dny“. Interpret 3 vnímal u své matky největší problém v pocitech samoty, který způsoboval patologickou fixaci matky na něj. Zhoršená socializace a komunikace matky, měla za následek neschopnost navázat kontakt s okolím, což ji dovedlo do izolace. Interpret změnu kvality života vidí v samostatnosti matky a zlepšení komunikace

I 3 (54–55): „*Méně si stěžuje na samotu a je v kontaktu s dalšími lidmi, kteří s ní komunikují a dodávají ji potřebnou energii do života.*“ I 3 (62–63): „*Ted' už mi nevolá několikrát denně, jako tomu bylo dřív, to mě taky hrálo na nervy a odvádělo od práce.*“ Interpret se aktuálně, ve svém soukromém životě, cítí méně omezovaný fyzicky i mentálně, což mu umožňuje se vzdálit od místa bydliště matky bez výčitek a obav, že se něco přihodí I 3 (61–62): „*Mám více času a klidu pro sebe, práci a volný čas. Odpadl mi neustálý pocit, že musím matku kontrolovat, aby nebyla sama sobě nebezpečná.*“

Interpretka 4 neměla dlouho povědomí o tom, že syn trpí těžkým duševním onemocněním a jeho projevy chování přisuzovala jeho povaze a osobnosti. Pravidelná medikace, kompenzovaný zdravotní stav, uplatnění na otevřeném trhu práce, jsou klíčová slova, za nimiž interpretka 4 spatřuje změnu ve kvalitě života jejího syna. I 4 (44): „*...ty prášky to předtím nejedl.*“ Dále dodala I 4 (44–46): „*Ted' ho kontrolují, tak je to lepší a ted'ka mu pomohli i se zajištěním práce a s různými věcmi, protože jsme zjistili, že syn má nějaké dluhy, tak to třeba jsme vůbec nevěděli, takže jsme rádi, že jako to někdo zjistil a někdo to řeší.*“ Na dotaz, jaký dopad má péče týmu CDZ na Váš soukromý život, interpretka ve shodě se všemi interprety, vyzdvihuje pocit klidu I 4 (54): „*Tak asi jsem klidnější, než jsem bývala, že je takhle v péči někoho...*“ Zadluženost rodiny se promítla v odpovědi interpretky také. V pomoci s oddlužováním vidí šanci, jak stabilizovat finanční stránku rodiny I 4 (56–57): „*...že se ten syn trošku osamostatňuje, tak možná začne přispívat i do domácího rozpočtu, což nám jako celé rodině pomůže.*“

Shrnutí kategorie č. 2

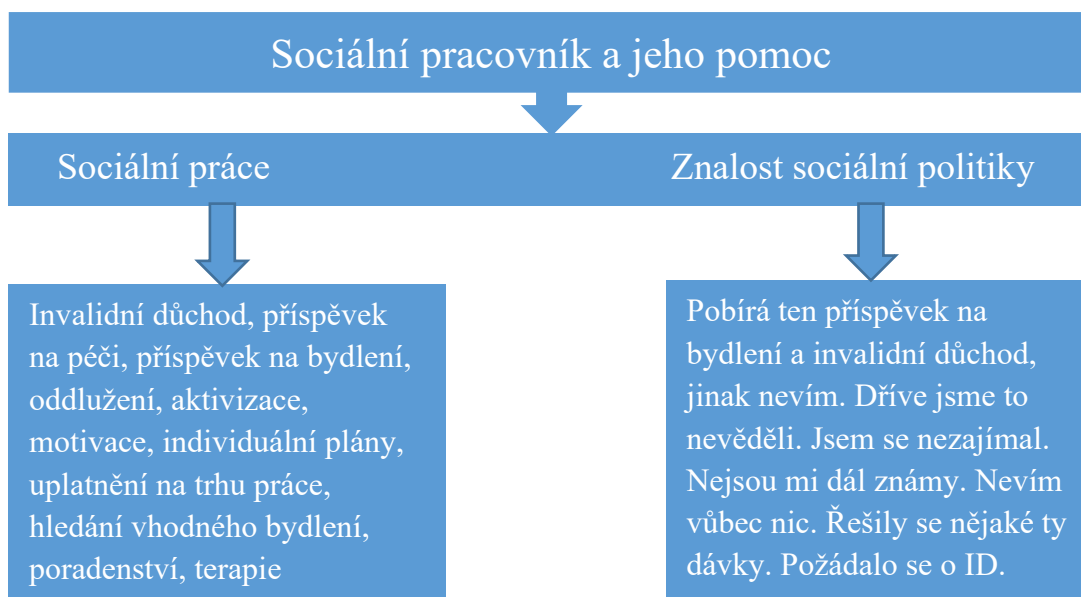
Interpreti ve svých odpovědích na otázku dopadu komplexní péče multidisciplinárního týmu na osobu, o níž pečují, zacházeli do více oblastí. Četnější shody výzkumník z rozhovorů vygeneroval u zlepšené medikace, celkového ladění klienta, schopnosti osamostatnění se klienta a v prožívaném pocitu jistoty. Jak změny u klientů ovlivnily soukromý život pečujících osob lze popsat nejčastěji opakujícími se termíny ve výpovědích interpretů. Hovořili o získaném náhledu na nemoc schizofrenie, o psychické úlevě, podpoře psychologů, naději v oddlužení klienta či pocitu větší svobody.

Kategorie č. 3 - DOPROVOD NA CESTĚ ZOTAVENÍ

Třetí kategorie má za úkol přinést odpovědi na otázku nejčastěji využívaných sociálních služeb osobami pečujícími o duševně nemocné. Druhý faktor kategorie sledoval znalostní

úroveň či povědomí o sociálních dávkách, které mohou duševně nemocní a pečující osoby nárokovat, dáno do souvislosti s nejčastější poskytovanou pomocí sociálních pracovníků CDZ. Výstup výzkumu pomůže definovat oblasti, na které se mají sociální pracovníci zaměřit v poradenství a edukaci u cílové skupiny – pečující osoby. Také může přinést odpověď na otázku, zda CDZ plní věcné zaměření i v této oblasti.

Schéma č. 7: Vztahy mezi subkategoriemi – DOPROVOD NA CESTĚ ZOTAVENÍ



(Vlastní zpracování)

Tři interpreti shodně uvedli pomoc s vyřízením či navýšením invalidního důchodu osobám o něž pečují a rovněž vyzdvihli pomoc s žádostmi o dávky SSP, konkrétně příspěvek na bydlení a příspěvek na péči. I 2 (82) odpověděl takto: „*No tak za prvé, to byly ty dávky a pomoc s úřadama a to bydlení. Vlastně i ten ID.*“ Interpretka ještě odpověď doplnila o další službu sociálních pracovníků, jež se zaměřuje na plánování budoucnosti klienta, sestavením individuálního plánu I 2 (83): „*Taky vím, že s ním děvčata dělaly nějaké plány do budoucna...*“. Interpretka 5 odpověděla na stejný dotaz (76): „*... tak to bylo určitě vlastně i v té práci navedení na ten Projekt...*“. V odpovědi pokračuje a jmenuje další služby I 5 (99–100): „*Tak určitě finanční pomoc vlastně s tím vyřízením dávek i z hlediska té práce a práce má vlastně opravdu blahodárný vliv na manželovu psychiku.*“ Čtvrtá interpretka, která využila stejné sociální pomoci, vyřízení invalidního důchodu a pobírání příspěvku na bydlení, ještě doplňuje svou odpověď o jednu službu – oddlužení I 4 (79–80): „*Tak ten pán hodně pomohl s tou prací a ta paní zase s těma nějakýma dávkama a s tím důchodem a s tím, že se teda zjistilo, že má nějaké ty dluhy, tak s tím mu nejvíc pomohli.*“

Interpret 1 popsal zcela odlišné služby poskytované sociálními pracovníky, kterých se ženou využili (65–67): *„Tak využívali jsme vlastně konzultační hodiny, tam docházela manželka, pak vlastně chodila tam si odpočinout na činnostní terapii a v začátku ji aktivizovali. Pak našli ji kurz vlastně, že bude dělat peer konzultanta pro další a další duševně nemocný.“* Svou odpovědí dokládá široké spektrum poskytovaných sociálních služeb CDZ. Interpret 3 se odpovědí přiblížil k I 1. V sociální oblasti využívá poradenství a v sociální práci u jeho matky ocenil práci na motivaci, její aktivizaci a sestavení individuálního plánu (83–84): *„Je to hlavně poradenství.“* *„Motivace a plánování budoucnosti.“*

Interpretům byla kladena otázka směřující ke zjištění znalostní úrovně a celkové orientace v sociální politice. Zda vědí, jaké dávky mohou jako oprávněné osoby čerpat. U čtyř odpovědí výzkumník zaznamenal alarmující výsledky. Interpreti disponují minimálními znalostmi nebo nemají žádné povědomí o tom, co si mohou nárokovat u institucí Úřadu práce, Státní sociální podpory, Okresní správě sociálního zabezpečení apod. Interpretka 2 (63–65), jmenovala příspěvek na bydlení a invalidní důchod, neboť už měla povědomí, na základě využití služby sociálních pracovníků CDZ a řekla: *„Jejda, tak teď vím, že brácha pobírá ten příspěvek na bydlení a invalidní důchod, ale jinak nevím. To bych se musela někoho zeptat.... Víte, v tom se vůbec nevyznám a ty formuláře, to je hrozné, to bych bez pomoci nevyplnila.“*

Interpretka 5 se ve své odpovědi opírala o pomoc pracovníků CDZ, v předchozím období nevěděla, na co mají nárok a uvedla (66–69): *„Tak dříve jsme to vlastně nevěděli, jaké máme možnosti. Díky sociálním pracovníkům v CDZ jsme zjistili, že můžeme čerpat příspěvek na péči, který už momentálně díky nim máme tedy vyřízený a víme, že vlastně nebo takhle dozvěděli jsme se, že se dá zvýšit vlastně stupeň invalidity. Takže, momentálně už má manžel 3. stupeň, tudíž tyto dvě záležitosti.“*

Interpret 1, pečující o svou ženu, uvedl skutečnost, že žena pobírá invalidní důchod, dále pak dodává (60–61): *„Má žena má invalidní důchod a o dalších... vlastně jsem se nezajímal a nejsou mi dál známy další dávky.“*

Interpret 3 se k dávkám sociální podpory vymezil takto (68–70): *„O sociálních dávkách nevím vůbec nic. Matka má důchod a vdovský příspěvek, což je myslím plně dostačující a když z toho ještě hodně peněz ušetří, nepříjde mi etické brát od státu další peníze.“* Postoj interpreta by se změnil pouze v případě, že by jeho matka finančně strádala.

Interpretka 4 prokázala jistou znalost o dávkách hmotné nouze a nároku na invalidní důchod u jejího syna. V minulosti již žádala o příspěvek na bydlení, který jí nebyl přiznán. Na otázku

odpověděla I 4 (69–72): „*Tak já vím, že se mu teďka požádalo o invalidní důchod, předtím když byl na tom úřadu práce tak se řešily nějaké dávky, ale na to myslím ani neměl nárok a pak něco s námi řešili i ohledně příspěvku na bydlení, a to je nějaké komplikované jak je tomu u generačního baráku a takové ty věci no.*“

Shrnutí kategorie č. 3

Výzkumník hloubkovým rozhovorem u čtyř interpretů z pěti odkryl absenci znalostí v uplatňování nároků v sociální politice. Pouze interpretk 4 měla povědomí o nepojistných sociálních dávkách a možnosti vyřízení invalidního důchodu pro osobu s duševním onemocněním. U sociálních pracovníků využila pomoc v zajištění práce pro syna a jeho oddlužování. Odlišný výstup byl u interpreta 3, přestože nemá znalosti ve zkoumané oblasti, nejčastější využívané sociální služby CDZ se nepromítají v pomoci při uplatňování nároků na sociální dávky. Obdobný výstup je zaznamenán u interpreta 1, který shodně uvedl, že kromě invalidního důchodu žádné další dávky nezná, přesto služby sociálních pracovníků v této oblasti nevyužil. Požádal o pomoc v uplatnění jeho ženy na trhu práce.

Interpretk 2, jmenovala příspěvek na bydlení a znám ji byl i invalidní důchod, neboť tyto dvě sociální zakázky již byly realizovány pracovníky CDZ. V dalších nárokovaných dávkách se nevyzná, kdy současně přiznává špatnou orientaci ve formulářích a úředních dokumentech. Což ve výsledcích vedlo k tomu, že požádala o pomoc při uplatňování nároků na sociální dávky. Zajištění invalidního důchodu pro bratra staví na první místo, neboť pravidelný finanční příjem byl základem pro jeho osamostatnění a finanční nezávislosti na interpretece.

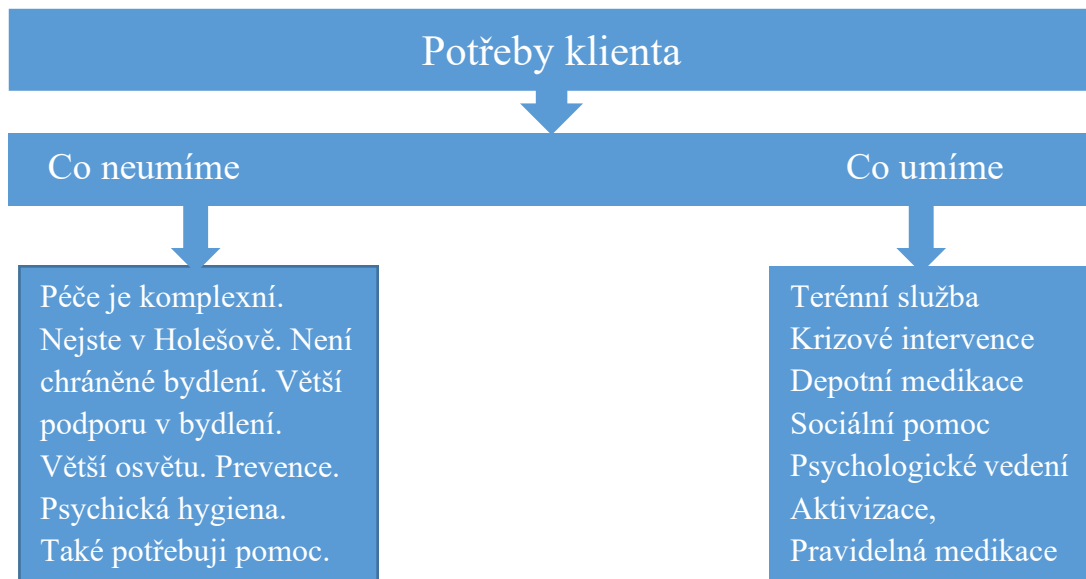
Interpretk 5 přiznala, že v období před spoluprací s CDZ nevěděla, na jaké dávky a sociální podporu mají s manželem nárok. Ze sociální oblasti využili pomoc pouze v navýšení invalidního důchodu a za velký přínos ve spolupráci s pracovníky CDZ interpretk 4 uvedla pracovní uplatnění manžela na chráněném trhu práce.

Kategorie č. 4 – CO UMÍME A CO NE?

Otázka, zjišťující, zda existuje služba, kterou CDZ neposkytuje a interpreti by ji přivítali a služba či druh pomoci, která je interprety vnímána jako efektivní a nedokázali by ji sami zajistit. Odpovědi interpretů tak mohou napomoci provozovatelům a pracovníkům center odhalit rezervy či nedostatky v poskytované péči a zároveň vyhodnotit službu,

kteřá je pro klienty a pečující osoby nepostradatelná. Zjištěné absentující služby, po rozhodnutí multidisciplinárního týmu, mohou být klientům přiblíženy a rezervy v péči předefinovány v cíle pro následující období.

Schéma č. 8: Vztahy mezi kategoriemi – CO UMÍME A CO NE? (vlastní zpracování)



Odovědi interpretů, na otázku preferované a absentující služby, se ve všech případech lišily. Každá z odovědí se dotýkala jiné oblasti, což výzkumník přisuzuje rozdílným potřebám jednotlivých interpretů a osob o něž pečují. Interpret 1 dokonce považuje poskytované služby za komplexní, není služba, kterou by postrádal. Ve výsledku nejmenoval preferovanou a ani absentující službu I 1 (100–103): „Z mého pohledu mě nic nenapadá...“ „Manželce maximálně tohle vyhovuje, tato péče.“ „Ano, ano, jsou komplexní, jak říkáte.“ Interpretka 2 není mobilní, což se odráží v její odovědi. Přivítala by hustější zasíťování centry a na otázku odověděla (115–116): „...co mě trošku mrzí, že nejste tady v Holešově, aspoň nějaké ty dny, aby brácha mohl jít na ty činnostní terapie, šla bych klidně s ním.“ Interpretka 5 svou odovědí rozkrývá problém na straně sociálně-bytové politiky. Službu, kterou CDZ neposkytuje a považuje ji za důležitou, je zajištění chráněného bydlení pro klienty. Zejména pro ty, jež se nemají kam z PN vrátit nebo nejsou schopni potřebné sebepéče a samostatnosti. Odověděla pár slovy takto I 5 (108): „Určitě nějaké chráněné bydlení, podporu v oblasti bydlení.“ Výzkumníka zajímalo, proč právě interpretka žijící s duševně nemocnou osobou ve společné domácnosti uvedla oblast bydlení a doplňující otázkou byla zafixována tato odověď I 5 (110–111): „Manžel, když byl hospitalizovaný

tak vím, že jeho spolupacienti tady ty problémy řešili a nemělo to řešení. Takže byl velký problém kvůli propuštění.“

Interpret 3 shledává absenci služeb v oblasti realizování preventivních programů a osvětě problematiky duševně nemocných osob (119–120): *„V dnešní době plné shonu by nebylo od věci dělat i větší osvětlu v prevenci a psychické hygieně. To je zajímavá myšlenka, můžete ji rozvést? (doplňující otázka výzkumníka) Napadá mě nějaké preventivně vzdělávací aktivity, workshopy...na různé témata. Dalo by se toho vymyslet spoustu.“*

Interpretka 4 přímo nedefinovala absentující službu v CDZ, spíše vyjádřila přání slovy (116–117): *„...když jsem viděla, jak tomu Michalovi pomohli, tak si kolikrát říkám, že bych taky potřebovala takhle pomoci.“* I 4 (112–113): *„...takže i vlastně pro nás, ty co jsme zdraví, bychom potřebovali někoho, kdo nám pomůže...“* V odpovědi interpretky se silně odráží potřeba pomoci od jakékoliv organizace, neboť ze strany blízkých se jí podpory a pomoci nedostává.

Důležitou součástí čtvrté kategorie, je zařazení dotazu na oblast služeb a pomoci. Interpreti měli uvést poskytovanou službu, kterou považují za efektivní a současně by měli problém s jejím zajištěním. Interpretka 2 pojmenovala dvě služby, jak zdravotního, tak i sociálního charakteru. Problematika s užíváním léků u psychotických pacientů je charakteristickým projevem nemoci a potýká se s tím téměř každá pečující osoba, stejně jako I 2. Pomoc, kterou by sama nezvládla komentovala takto I 2 (72–73): *„Jo, to byly ty injekce, co dostával v CDZ, nevím, jak se jim říká.“* Doplnující otázkou výzkumník zjistil, že se jednalo o změnu medikace a klientovi začaly být aplikovány depotní injekce, zajišťující medikaci klienta na dobu až jednoho měsíce. I 2 (73) dodala: *„Ano, depot. To bych nezvládla.“* V sociální oblasti měla interpretka hned několik zakázek, v čem spatřuje velkou pomoc odpověděla I 2 (75–77): *„No moc mně pomohly děvčata s vyřízením 3. stupně ID pro bratra a nějaké příspěvky... myslím na bydlení. Jo a taky s tím přestěhováním bratra do bytu. To byla obrovská pomoc.“* Interpretka ocenila skutečnost, že už s bratrem nesdílí společnou domácnost I 2 (78–79): *„To, že se bratr dostal do fáze, že mohl jít sám bydlet, a že se mu bydlení našlo a má to čím zaplatit je...“*. Interpretka hledala slova, než odpověděla I 2 (80): *„Je moc dobře pro nás oba.“*

Interpretka 5 by nedokázala zajistit formu psychologického vedení při reedukaci, na cestě zotavení, u svého manžela (57): *„Tak je to vlastně nějaký druh toho psychologického*

vedení...“ Tento druh pomoci interpretku učí, jak s manželem komunikovat a porozumět mu. Druhou pomoc popisovala I 5 z oblasti sociální, kdy se prostřednictvím projektu Práce jako lék dostalo manželovi pracovního uplatnění na částečný úvazek v chráněné dílně a I 5 (60–62) mluvila o úspěšném zařazení na trhu práce takto: *„A pak to bylo určitě navedení na Práci jako lék, kdy vlastně manžel, když se kompenzoval a chtěl se začlenit do společnosti, tak mu to bylo umožněno. Přes tady ten projekt Práce jako lék a momentálně chodí do chráněné dílny pracovat na 4 hodiny denně.“*

Interpret 1, shodně s I 5, jmenoval pomoc sociálních pracovníků v hledání vhodné pracovní pozice pro jeho manželku I 1 (47–49): *„Takže vlastně nejvíc nám pomohlo, že manželka tam získala práci peer konzultanta a ta práce ji naplňuje, chodí do práce s radostí, těší se do práce na kolegy, těší se do práce, že bude pomáhat dalším pacientům, kteří tam docházejí.“* Interpret se nevyjadřoval konkrétně, výzkumník doplňujícími otázkami získal přesnější data. CDZ zaměstnalo manželku I 1 na částečný úvazek, na pozici peer konzultanta. Klientka CDZ se tak stala součástí multidisciplinárního týmu. Pozitivní dopad I 1 vidí rovněž v seberealizaci ženy a komentuje to (49–51): *„A hlavně nám to také pomohlo v tom, že vlastně má finanční příjem a cítí se... pro ni to znamená, že se cítí jakoby přínosná do té domácnosti.“*

Odpověď interpreta 3 se v jistém bodě shoduje s odpovědí I 5, službu, kterou oceňuje a nedokázal by ji poskytnout, vidí v odbornosti multidisciplinárního týmu I 3 (77–79): *„Hlavně v asertivní komunikaci a odborném přístupu k potížím mé matky.“* *„I kontakt s jinými lidmi ji pomáhá.“* *„Třeba s vámi, má takový pocit jistoty, že je o ní pečováno.“*

Interpretce 4 se nedařilo u svého syna zajistit pravidelnou medikaci. V rozhovoru přiznává, že netuší, jak syna motivovat a aktivizovat. Výzkumník oblast motivace a aktivizace u psychotického klienta radí k odbornému přístupu a profesionálním kompetencím týmu CDZ. Zaznamenaná odpověď I 4 (61–64): *„...že nějak ty léky bere pravidelně, to vůbec. Tomu já nerozumím, takže jsem ráda, že má svého doktora, a že ty léky teda nějak tak užívá, a ještě mě tak napadá, že ho tak trochu jako motivovali, aby něco dělal. No přesně nevím, jestli by nesešel celou dobu doma, protože já bych s ním asi nic neudělala sama.“*

Shrnutí kategorie č. 4

Ke kategorii, zaměřené na oblast služeb poskytovaných v CDZ multidisciplinárním týmem klientům a pečujícím osobám, vyjádřili tři interpreti konkrétní požadavky. Jeden interpret

(I 1) shledává nabízené služby za komplexní a 100 % pokrývající potřeby klientů. Interpret (I 4) nedokázal konkrétně definovat službu, pouze vyjádřil potřebu pomoci nejen duševně nemocným, ale také samotným pečujícím osobám. Výzkumník vyhodnotil jako velmi relevantní odpověď interpretky 5, jež hovořila o naprostém nedostatku vhodného bydlení pro duševně nemocné. Jedná se o nejpálčivější téma od začátku realizace reformy psychiatrické péče (CDZ, 2021).

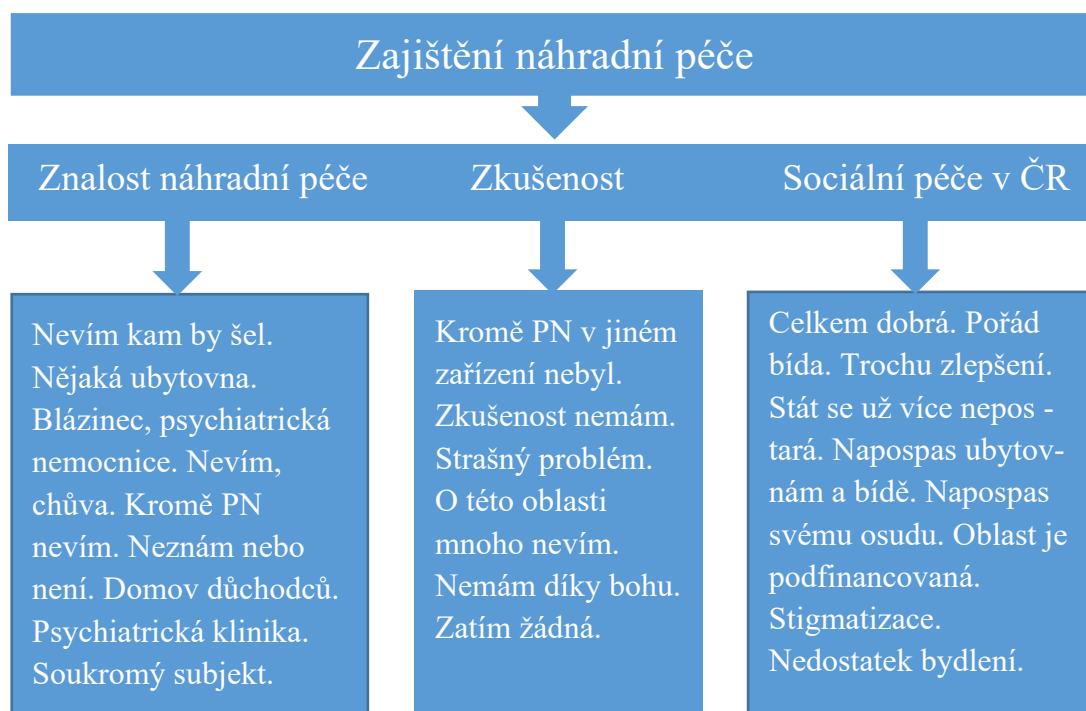
Rovněž otázka zasíťování jednotlivých oblastí ČR centry je hodně diskutované téma. Každé CDZ má přidělený region, ve kterém zajišťuje terénní a ambulantní péči. Aktuálně svou činnost provozuje 30 CDZ v celé republice, z čehož lze vyvodit, že se jedná o regiony velké. Požadavek interpretů 2 a 3, na vznik více center, je důležitý a v souvislosti s psychiatrickou reformou opodstatněný.

Interpreti by sami nedokázali zajistit služby jak zdravotní, tak sociální. Preferovanou zdravotní službou je aplikace depotních injekcí, zajištění pravidelné medikace a psychologické vedení. Je zřejmé, že pečující osoby jsou si plně vědomy důležitosti medikace, jakožto jednou z prevencí dekompenzace zdravotního stavu nemocné osoby. Sociální část týmu poskytuje pomoc v uplatňování práv klientů, zařazování do projektu Práce jako lék a hledání vhodných pracovních míst, včetně zmíněného odborného přístupu v motivaci a aktivizaci klienta.

Kategorie č. 5 – KDO JINÝ?

Poslední kategorie hledá odpovědi na otázky z oblasti pobytové sociálně-zdravotní služby pro duševně nemocné osoby, která by zajišťovala nepřetržitou péči. Znalost a orientaci v dostupných pobytových službách, v případě náhlé neschopnosti blízké osoby o nemocného pečovat, je výzkumníkem považováno za klíčové. Interpreti odpovídali na otázky ověřující povědomí o takovéto službě, poskytující komplexní péči. Rovněž se vyjádřili, zda mají zkušenost s umístěním duševně nemocné osoby do obdobného zařízení. V této kategorii jsou v závěru zaznamenány názory všech interpretů na péči o psychicky nemocné osoby v systému sociální péče v ČR. Otázka může být vnímána jako souhrnná výpověď veškerých osobních zkušeností interpretů, pečujících o duševně nemocné.

Schéma č. 9: Vztahy mezi subkategoriemi – KDO JINÝ? (vlastní zpracování)



Z výpovědi interpretky 4 je zřejmé, že neví, kam by syna umístila. Jmenovala ubytovny pro sociálně slabé nebo psychiatrickou nemocnici. Nad otázkou dlouze přemýšlela, než uvedla I 4 (121–123): „*No to vlastně nevím jako kam by šel, kdybych tady nebyla, jestli nějaké ubytovny tady jsou nebo něco, ale vím, že když se mu zhoršil teď trochu o Vánocích zdravotní stav, tak už jsme si třeba říkali, jestli by zas nebylo lepší, kdyby na tři měsíce byl v té léčebně totiž.*“ Na doplňující otázku, zda jsou ji známé jiné možnosti odpověděla I 4 (124): „*Ne, nejsou.*“ Interpretka 4 spatřuje hlavní řešení v opětovné hospitalizaci v psychiatrické nemocnici, což se dostává do střetu s principy psychiatrické reformy. Osobní zkušenost s umístěním syna do jiného zařízení nemá I 4 (139): „*...v žádném jiném zařízení on nikdy nebyl.*“ Ke kvalitě péče o duševně nemocné v sociálním systému ČR I 4 odpověděla (149): „*Myslím, že ta péče je celkem dobrá.*“ S kladnou odpovědí přišla jako jediná interpretka.

Interpretka 2 byla otázkou na jiná zařízení pro komplexní péči o duševně nemocné zaskočena a po chvíli řekla (124–125): „*Vlastně kromě psychiatrické nemocnice nevím, kde lidi s psychózama berou, jako třeba Alzheimer centra pečují o lidi s tou nemocí, tak jestli. No, nevím.*“ Zkušenost s umístěním bratra do pobytového zařízení přímo nemá, ale I 2 popsala zkušenost s umístěním prarodiče (127–131): „*Zatím žádnou zkušenost nemám. Děsím se dne, kdy toto budu muset řešit. Vzpomínám si na moji babičku, která trpěla*

Alzheimerem, bylo to šílené, pečovala jsem o ní, ale už to nešlo. Potřebovala jsem ji umístit do domova a byl to strašný problém. To ještě nebyly Alzheimer centra, jenom domovy důchodců. Nikde mi ji nechtěli vzít. Představa, že bych toto měla znova absolvovat s bratrem...“ I 2 jevila známky rozrušení v okamžiku, kdy si uvědomila, že neví, jak by situaci s bratrem řešila. Na kvalitu péče o duševně nemocné v ČR nepohlíží zcela kladně a rozsáhlou odpovědí vysvětluje svůj postoj I 2 (134–138): „Názor mám ten, že se to trochu zlepšilo, ale pořád bída. (V čem přesně bída, můžete mi to popsat? Doplnující otázka). No hlavně v tom, že jsou ti nemocní buď v nemocnici a když mají někoho blízkého, tak doma, ale znám případy, kdy musí být tito lidi na ubytovnách pro sociálně slabé. Tak si asi dovedete představit v čem tam žijou.“ V odpovědi pokračuje a poukazuje na společenskou nespravedlnost a stigmatizaci (149–143): „Přijde mi to nefér, oni za nemoc nemůžou, rádi by pracovali, ale nemají moc příležitostí, důchody jsou malé, protože víc prožili v PN, než v zaměstnání, tak zůstali napospas ubytovněm a bídě. To je ta bída. Proto se snažím na bratra dohlížet, pomáhat mu, teda i s vámi, aby tak jak funguje teď, tak fungoval co nejdéle. Protože stát se o něj víc už nepostará.“

Interpret 3 spatřuje možnost umístění matky v domově s pečovatelskou službou a současně je seznámen s dlouhou čekací dobou žadatelů, jiné řešení nezná (125–126): „Mnoho o této věci nevím. Vím o existenci pečovatelských domů, ale dozvěděl jsem se, že jsou dnes tak přeplněné, že je nemožné najít volné místo.“ Nemá doposud žádnou zkušenost s umístěním matky do pobytového zařízení, ve své odpovědi vyjádřil obavu z toho, že by musel v budoucnu matku někam umístit I 3 (129–130): „Tuto zkušenost nemám. Matce je 63 let, je soběstačná a žije doma čili zatím žádnou péči tohoto charakteru nepotřebovala.“ Dále dodává I 3 (131–133): „Jak to bude v budoucnu, netuším, budu se ji snažit pomoci, dokud mi síly budou stačit, ale nechtěl bych, aby matka musela dožít někde v ústavu.“ K otázce zajištění a kvality péče o psychicky nemocné v ČR se vyjádřil kriticky. V odpovědi se dotknul hned několika problémových oblastí, především nedostatečného financování psychiatrické péče (141–143): „Celkově si myslím, že oblast psychiatrie je stále podfinancována ze strany státu. Prostředí, ve kterém jsou pacienti umístěni se nedá považovat za příjemné a vyhovující standardům západní společnosti.“ Inkluze duševně nemocných, dle slov I 3, měla být dávno realizována (137–138): „Je zarážející, že organizace jako CDZ vznikla až 30 let po revoluci. Péče tohoto typu pro psychicky nemocné tady měla být už dávno.“ Změny v systému péče vnímá jako neúměrně pomalé k nárůstu lidí s duševním onemocněním (138–141): „Lidé jsou po propuštění z PN

ponechání napospas svému osudu, a proto se do léčebny často vracejí. Tato oblast se mění hodně pomalu a pozvolna, což vidím jako problém v době, kdy roste počet lidí s psychiatrickým onemocněním.“

Interpret 1 spontánně jako první možnost uvedl umístění ženy na psychiatrickou kliniku. V případě zajištění jiné péče, mimo nemocnici, by spoléhal na vlastní finanční rezervy a možnosti vidí v domácí péči, poskytované placenou pečovatelkou (107–108): *„Asi pouze psychiatrická klinika a pokud by byl stav přiměřeně na rozumné úrovni, tak bych ji musel pořídit chůvu.“* Dále by se pokusil oslovit a podat žádosti do neziskových subjektů, soukromých či církevních, které provozují pobytové služby. Zde je ovšem vznesena otázka aktuální finanční situace rodiny I 1 (118–119): *„Já bych řekl buďto církevní, ale i neziskové, ale samozřejmě podle financí i ten soukromý subjekt.“* Jako poslední možnost by I 1 volil domov pro seniory, oddělení se zvláštním režimem (114): *„Domov důchodců.“* I 1 (115–116): *„Slyšel jsem, že mají tam oddělení, kde jsou jakoby psychicky nemocní lidé...“* Interpretovy jmenované alternativy, byly pouze teoreticky zachycené informace z oblasti sociální politiky, jelikož doposud nedisponuje žádnou zkušeností s umístěním své ženy v pobytovém zařízení. K závěrečné otázce v rozhovoru, dotýkající se kvality péče o psychicky nemocné, interpret sdílí většinový názor všech interpretů a celkovou situaci hodnotí takto (126–127): *„...myslím si, že není dobrá situace s psychiatrickými pacienty v našem státě.“* I 1 (128–130): *„Vím, že hlavně ubytování nemocných osob, kteří se o sebe nedokážou postarat a rodina je nechce, takže vlastně se stává, že končí na ulici, kde už se o ně nikdo nezajímá a nestará.“* Poukazuje na problematiku bydlení, pracovní možnosti a také na celkovou byrokracii zatěžující pečující osoby I 1 (132–133): *„Taky ještě zaměstnání duševně nemocných osob a potom si myslím, že dlouho trvá vyřízení vlastně příspěvku pro rodiny, kteří se o toho duševně nemocného chtějí starat...“*

Interpretka 5 se nejvíce spoléhá na pomoc rodiny v případě, že by se o manžela z vážných důvodů nemohla postarat. Kdyby pomoc ze strany rodiny selhala, druhé řešení vidí v zajištění domácí péče. V případě zhoršení zdravotního stavu manžela, kdy nastane nutnost nepřetržité péče, interpretka neví, kde se obrátit s žádostí o umístění I 5 (103–105): *„Tak bych určitě požádala o pomoc rodinu, děti, pak možná nějaká pečovatelská služba, která by k nám docházela domů. Pokud by manžel nebyl schopný žít v domácím prostředí, tak asi žádnou službu neznám nebo není.“* Na kvalitu péče o duševně nemocné osoby v ČR nepohlíží I 5 zcela pozitivně. Vlastní životní zkušenosti v péči o manžela popsala

v odpovědi na tuto problematiku. Mluvila o zkušenosti se stigmatizací manžela, jež se odrazila i při jeho uplatňování na trhu práce. I 5 (119–120): „*Tak myslím, že celkově psychicky nemocní lidé jsou hodně stigmatizovaný a mají nevýhodu oproti vlastně zdravím a pak je to nedostatek pobytových zařízení.*“ Na doplňující otázku, která měla přinést odpověď na oblast nejvíce pocíťované stigmatizace manžela I 5 řekla (129–131): „*...když už vlastně opakovaně několikrát byla teda vidina nějakého pracovního místa, ale budoucí zaměstnavatel, když se dozvěděl o manželovi, že je schizofrenik, tak vlastně na podkladě toho ho odmítl.*“ Práce byla ve finále zprostředkována sociálními pracovníky z CDZ, zařazením do projektu Práce jako lék. Interpretka to komentuje slovy (123–125): „*Manžel chtěl vlastně hrozně pracovat, nemohl si dlouhou dobu najít nějaké zaměstnání až teda potom vlastně díky tomu projektu Práci jako lék, kde mu opravdu našli práci, dá se říct přímo na tělo podle toho, co ho baví.*“

Shrnutí kategorie č. 5

Poslední kategorie odkrývá nedostatky sociálního a celospolečenského charakteru. Z výpovědí interpretů výzkumník zaznamenává znepokojivá fakta ve dvou oblastech. První, je žalostný nedostatek sociálně-zdravotních rehabilitačních zařízení s pobytovou službou pro duševně nemocné osoby, kterou by byli schopni ze svých finančních prostředků hradit. Všichni interpreti shodně uvedli, že nemají velké povědomí, kromě psychiatrické nemocnice, o možnostech umístění duševně nemocného. V jedné z odpovědí byla dokonce zaznamenána možnost, umístit duševně nemocnou osobu do ubytoven pro sociálně slabé. Což se neslučuje s cíli psychiatrické reformy.

Druhou znepokojivou oblastí, je vnímání inkluze duševně nemocných osob společností a nedostatečná kvalita péče o duševně nemocné osoby v ČR. Klíčová slova interpretů, jež spojují jejich zkušenosti jsou, stigmatizace, minimální uplatnění na trhu práce, absolutní nedostatek vhodného bydlení, finanční závislost z důvodu velmi nízkých či nevyčíslených invalidních důchodů.

6.2 Axiální kódování

Na otevřené kódování navazuje technika axiálního kódování. Axiálním kódováním jsou data znovu uspořádávány. Výzkumník hledá vztahy a spojení mezi kategoriemi a subkategoriemi na základě shodných znaků. Seskupené kategorie jsou přiřazovány k položkám paradigmatického modelu, který je složen z příčinných podmínek, jevu,

kontextu, intervenujících podmínek, strategii jednání a následků (Švaříček, Šedřová, str. 232, 2007).

Ve výzkumu, orientovaném na analýzu plnění věcného zaměření a cílů CDZ Kroměříž pohledem pečujících osob, realizoval výzkumník axiální kódování s kategoriemi takto: fenomén je kategorie Poslání CDZ Kroměříž, kontext je spatřován v kategorii Péče multidisciplinárního týmu, k položce kauzální podmínky je přiřazena kategorie Potřeby klienta a blízkých, za intervenující podmínky jsou považovány Poskytované služby CDZ, akce, strategie jednání je Plnění cíle CDZ a následky jsou spojeny s kategorií Pohled pečujících osob.

6.3 Paradigmatický model

Cílem empirického výzkumu byla analýza plnění věcného zaměření a cílů CDZ Kroměříž pohledem pečujících osob. Fenomémem a ústřední myšlenkou tohoto paradigmatu je Poslání CDZ Kroměříž. Fenomémem sdružuje ostatní kategorie a je ve vztahu s kategorií Strategie jednání. Výzkumník rozhovorem s aktéry výzkumu zjišťoval, jak je plněn účel organizace v oblasti péče o duševně nemocné v jejich přirozeném prostředí.

Na zřízení CDZ Kroměříž a plnění jeho poslání má zásadní vliv široké spektrum potřeb duševně nemocných osob a blízkých, jež jsou spojeny s kategorií kauzální podmínky. Jak a zda jsou veškeré potřeby uspokojovány, je stěžejní téma pro zjištění vztahů mezi dalšími kategoriemi a významně se podílí na vzniku samotného fenoménu. V této kategorii aktéři výzkumu definovali své sociálně-zdravotní zakázky a jejich plnění.

Míra naplněných potřeb duševně nemocných a pečujících osob má rovněž vztah s intervenujícími podmínkami, jimiž jsou poskytované služby. Širokou oblastí a množstvím profesionálně poskytovaných služeb mohou být potřeby klientů zajišťovány komplexně. Pro tuto kategorii aktéři jmenovali preferované služby a služby, které postrádají a CDZ je neposkytuje. Rovněž na základě výsledků výzkumu v této kategorii, je možné vyhodnotit efektivitu CDZ Kroměříž.

Kontextem paradigmatického modelu je péče multidisciplinárního týmu. Kvalita péče, odbornost, profesionalita a přístup ke klientům a jejich blízkým, může výrazně ovlivnit plnění nastavených cílů CDZ. Výzkumníka z oblasti fungování multidisciplinárního týmu zajímalo, zda a jaký dopad má nový typ péče na soukromí a kvalitu života klientů a pečujících osob.

Plnění cíle CDZ Kroměříž je cílený proces, který úzce souvisí s fenoménem a je zakotven ve strategii a jednání. Souvislost je především vnímána v samotné existenci CDZ Kroměříž. Pokud by nebyly plněny nastavené cíle centra, ohrozilo by to jeho budoucí fungování. Vyhodnocením, které služby jsou centrem poskytovány a pečující osoba by je nebyla schopna zajistit, jsou stěžejními aspekty této kategorie. Rovněž multidisciplinární přístup v poskytování služeb, které nelze zajistit ani prostřednictvím nastavené sociální politiky ČR, se stalo významným pilířem CDZ Kroměříž.

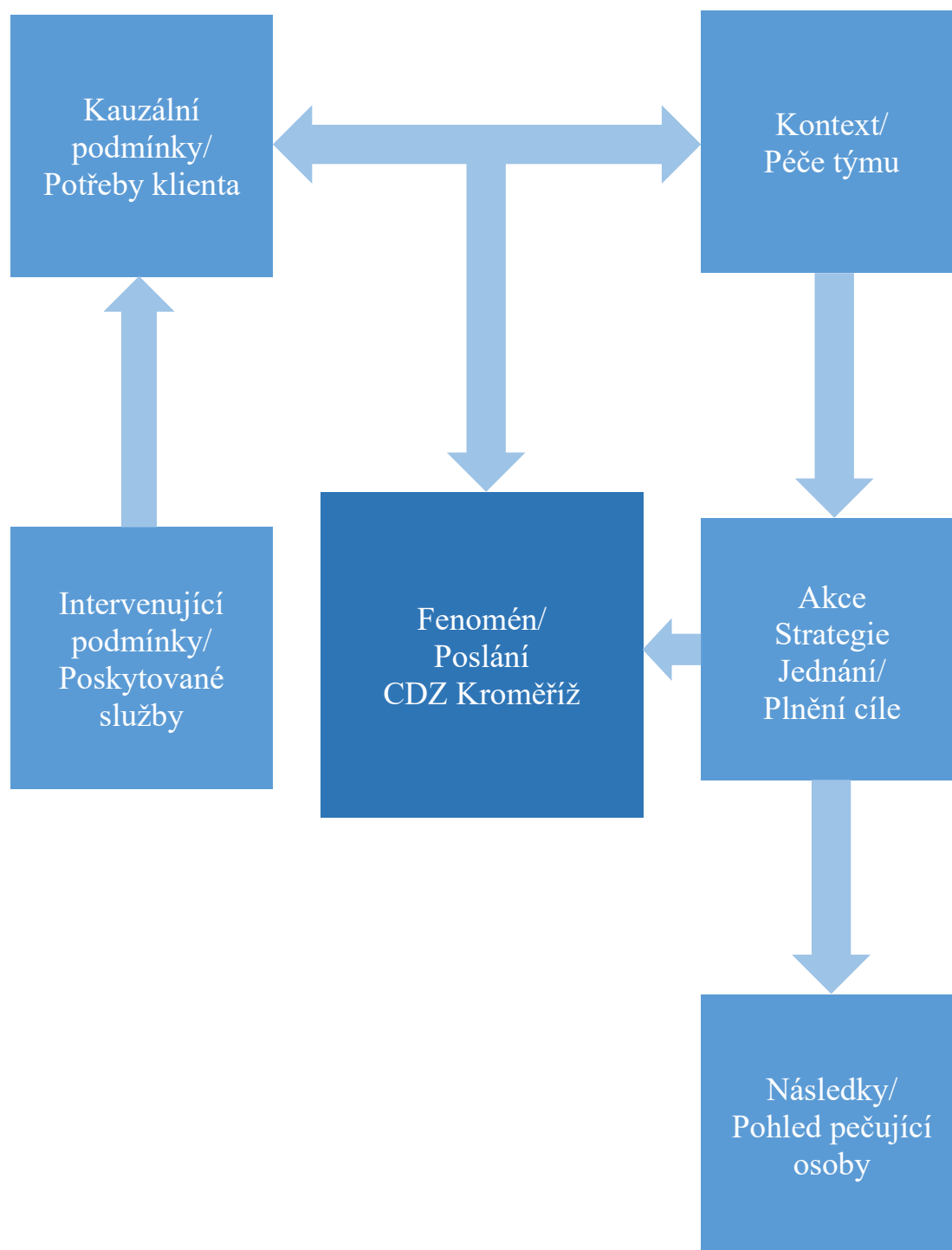
Následek je poslední kategorií paradigmatického modelu axiálního kódování. Pohled pečujících osob na zkoumané oblasti, byl do této kategorie přiřazen. Pohled a osobní zkušenosti lidí, jež dlouhodobě pečují o své duševně nemocné, na poskytované služby CDZ, úroveň služeb, jejich dostupnost a komplexnost, je v rámci výzkumu klíčový. Plnění cíle CDZ má přímý dopad na kvalitu životů klientů a pečujících osob, na jejich vnímání organizace jako celku, což je výsledkem paradigmatu. Výpovědi aktérů tak napomohou dalšímu rozvoji center, mohou být zpětnou vazbou nejen pro pracovníky týmu, ale i pro obce a kraje, jež CDZ spolufinancují.

Tabulka č. 7: Výčet pojmů užitých v Paradigmaticém modelu (vlastní zpracování)

Prvek	Popis
Fenomén/ Poslání CDZ Kroměříž	Hlavní téma CDZ Kroměříž. Sdružuje všechny kategorie, fokus–strategie
Kontext/ Péče týmu	Podmínky, které mohou mít vliv na strategii jednání
Kauzální podmínky/ Potřeby klienta	Proměnné, které mají vliv nebo zapříčiňují vývoj fenoménu
Intervenující podmínky/ Poskytované služby	Fokus – aplikace do praxe, proměnné ovlivňující strategii jednání.
Akce, strategie jednání/ Plnění cíle CDZ	Reagují na jev, cílený proces
Následky/ Pohled pečující osoby	Výsledek strategie a jednání

(Strauss a Corbinová, 1996, s. 70)

Schéma č. 10: Paradigmatický model (vlastní zpracování)



7 SHRNU TÍ VÝZKUMU

Hlavním výzkumným cílem bylo analyzovat, jak plní věcné zaměření a cíl organizace CDZ Kroměříž pohledem pečujících osob a dodat přínosné informace o fungování této krátce vzniklé organizace. Šetření se realizovalo zvoleným kvalitativním přístupem, metodou polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory výzkumník kódoval otevřeným a axiálním kódováním s využitím paradigmatického modelu.

Aktéry výzkumu byly pečující osoby o vážně duševně nemocné, v různých vzájemných vztazích. Aktéry spojovala stejná zkušenost, což je dlouhodobá péče a rodinná vazba s osobou trpící některým z typů schizofrenie. Získané výsledky výzkumu přinesly odpovědi na pět dílčích výzkumných otázek, které byly koncipovány tak, aby mohla být interpretována hlavní výzkumná otázka.

Jak je plněn účel organizace přesunem těžiště péče o klienty v jejich přirozeném prostředí?

Integrace dlouhodobě hospitalizovaných, duševně nemocných osob, do jejich přirozeného prostředí, je cílem deinstitucionalizace v psychiatrické reformě. Tato skutečnost vedla ke zřízení CDZ Kroměříž v součinnosti s Psychiatrickou nemocnicí Kroměříž. Výzkum prokázal, že i za krátké existence CDZ, je plněn účel v oblasti multidisciplinární péče v přirozeném prostředí klienta. Celý tým je mobilní nejen pro krizové intervence, ale i pro zajištění pravidelné medikace a sociální pomoci klientům, jež se nemohou dostavit do ambulance CDZ. Skutečnost, že se přesunem těžiště péče přiblížili také psychiatričtí lékaři a psychologové, je aktéry výzkumu považováno za zcela něco nového a pozitivně to ovlivnilo celkový pohled na fungování centra. K otázce přiblížení se ke klientovi, byly výzkumem vyhodnoceny nejčastěji uváděná klíčová slova: terénní služba, bezplatná služba, profesionalita, krizové intervence. Členové týmu disponují znalostmi a dovednostmi nové metodiky CARE, jež je odrazem již zmíněné profesionality týmu. K otázce spolupráce s rodinou výzkum ukázal, že rodiny či pečující osoby nejvíce oceňují: sociální práci, zdravotní péči a zajištění psychologické intervence celé rodině. Posláním CDZ je pomoc duševně nemocným **a jejich rodinám**, což opět pozitivně ovlivnilo pohled pečujících osob, které byly ještě donedávna opomíjenými, v problematice péče o duševně nemocné, mimo instituce. Výzkum současně odhalil nedostatečnost v předávání informací pečujícím osobám o specifikách nemoci, průběhu, léčbě a očekávaných změnách v chování a myšlení

nemocného. Psychoedukace pečujících osob je klíčová pro porozumění nemoci a k zajištění toho nejvhodnějšího přístupu k duševně nemocné osobě.

Jakým způsobem ovlivnila komplexní péče multidisciplinárního týmu CDZ osobnostní rozvoj klienta a život blízké osoby o něj pečující?

Kvalita života je fenomén, na nějž je pohlíženo zcela individuálně. Výzkum přináší výsledky ve změně kvality života jak u duševně nemocných osob, tak i pečujících. Aktéři výzkumu vnímají změny v kvalitě života skrze oblasti, které pro ně byly v minulosti neřešitelné a velkou zátěží v soužití s duševně nemocnou osobou. Rovněž možnými zdroji konfliktů a nepochopení. Řešení a pomoc v zajištění větší finanční jistoty rodinám, pomoc při uplatnění klienta na trhu práce, reedukace, aktivizace na osvojení si lepších komunikačních dovedností, osamostatnění v souvislosti s hledáním vhodného bydlení a v neposlední řadě dohled na pravidelnou medikaci, jsou klíčovými faktory ovlivňujícími emoční ladění klienta a pozitivnější atmosféru v soužití.

Výpovědi aktérů výzkumu odhalují oblast, v níž spatřují největší dopad na jejich soukromý život. Přenesením větší části péče na multidisciplinární tým CDZ, se nejvíce odrazilo v emoční stabilitě pečujících osob. Materiální stabilita byla zcela vytěsněna jednotkami: pocit klidu, jistoty, bezpečí, úleva, harmonie. Z výzkumu jasně vyplývá, že v psychiatrické reformě je pomoc a psychologická odborná podpora pečujícím osobám dnes již nutností. Problémem je, maximální kapacitní vyčerpání všech členů týmu, včetně psychologů a lékařů pro klienty. Tudíž poskytování pravidelnějších intervencí pečujícím osobám, je téměř na hraně zvládnutelnosti. Řešení výzkumník spatřuje v hustějším zasílání centry, což by vedlo ke zmenšení aktuálních regionů všem CDZ v ČR.

Které z oblastí sociální rehabilitace nejvíce využívají blízké osoby, pečující o nemocného, v rámci sociální intervence?

V této kategorii byly výzkumem vyhodnoceny nejčastější sociální zakázky pečujících osob. Výzkumníka zajímala i znalostní úroveň a orientace pečujících osob v sociální politice ČR. Výzkumem byly odhaleny znepokojující výsledky, kdy aktéři výzkumu odpovídali na otázku prověřující jejich znalost sociálních dávek, které mohou nárokovat. Shodně uvedli, že mají malé či žádné povědomí o tom, jaké dávky mohou žádat. Tato zjištění potvrzuje i fakt, že nejčastější sociální zakázky u sociálních pracovníků CDZ, jsou žádosti o dávky Státní sociální podpory, které mohli pečující osoby a rodiny nárokovat i několik let zpět.

Obdobná situace, podložena výzkumem, je zakázka vyřízení invalidního důchodu (dále ID) na Správě sociálního zabezpečení. Dlouhodobě duševně nemocní lidé zpravidla dosahují až 3. stupně ID. Přesto klientům CDZ sociální pracovníci pomáhají s vyřízením ID, který mohli nárokovat mnohem dříve. Otázkou je, původ hlavní příčiny nízké znalostní úrovně sociální politiky aktérů výzkumu. Příčiny této problematiky mohou mít své počátky v samotném nezájmu pečujících osob se informovat, v nedostatečném poradenství již za doby hospitalizace v PN nebo celkovém nedostatku sociálního poradenství pro tuto cílovou skupinu. Možným řešením se nabízí, zaměření poradenské činnosti CDZ Kroměříž na stěžejní okruhy sociální politiky, jako reakce na potřeby cílové skupiny. Vytvoření jednoduchého informačního materiálu, zahrnujícího základní informace o pojistných a nepojistných sociálních dávkách a otevřeném či chráněném pracovním trhu pro klienty a rodiny.

Jaké služby, poskytované CDZ, osoby pečující o nemocného nejvíce preferují, a které postrádají?

Pro analýzu věcného zaměření a plnění cílů CDZ Kroměříž je otázka preferovaných a současně postrádaných služeb stěžejní. Výzkumníka dále zajímal výčet poskytovaných služeb, které by pečující osoby sami nedokázali zajistit. Aktéři výzkumu oceňují terénní službu a krizové intervence v přirozeném prostředí klienta, jakožto zcela nový přístup v péči o duševně nemocné osoby. Z výzkumu vyplynulo, že pro pečující osoby byla dlouhodobě neutěšující situace v zajištění pravidelné medikace a CDZ je v této službě nezastupitelné. V sociální práci aktéři výzkumu hovořili o úspěšném zařazování klientů na trhu práce. V sociální oblasti, společně s žádostmi o ID, je hledání práce pro klienty nejčastěji poskytovanou pomocí.

Podle nejčtenějších výpovědí aktérů výzkumu, se rozkrývá problematika bydlení. Nedostatek startovacích bytů a jakákoliv podpora v bydlení je aktéry považováno za službu, jež CDZ neposkytuje. Sociální pracovníci monitorují byty k pronájmu, pomáhají s vyřízením příspěvků na bydlení, avšak úspěšnost v ubytování klientů je malá. Příčinu výzkumník spatřuje ve vysokých nájmech a častém exekučním zatížení klientů. Otázka nedostatku startujících bytů je hlavním tématem krajů a MPSV ČR. Obdobně je tomu s větším zasíťováním centry, což bylo také ve výčtu neposkytovaných služeb. Výzkumník ovšem zastává názor, že se nejedná o absentující službu a přiřazuje to systémové oblasti péče. Požadavek na realizaci přednášek preventivního charakteru a na destigmatizaci,

je oprávněný a pracovníci CDZ jej začnou naplňovat ihned po ukončení vládního nařízení v době pandemie. Realizace přednášek podobného zaměření, je součástí pracovní náplně multidisciplinárního týmu.

Jaké mají pečující osoby povědomí a informace o existenci obdobných organizací, které by komplexně zajistily péči o duševně nemocnou osobu se zhoršeným zdravotním stavem?

V závěrečné části se výzkum posouvá do oblasti pobytových služeb, poskytujících kompletní péči o duševně nemocné osoby. Potřeby této cílové skupiny vyžadují speciální péči nejen zdravotního charakteru, ale také v celkovém přístupu pečujících, založeném na znalosti specifik onemocnění. Skutečnost, že CDZ neposkytují pobytové služby, vedla výzkumníka k otázce, jak by byla řešena pečujícími osobami potřeba duševně nemocnou osobu umístit do pobytového zařízení s jeho onemocněním. Výzkumem bylo ověřeno, že aktéři doposud neměli osobní zkušenost s umístováním duševně nemocného do jakéhokoliv zařízení, což má nepřímý dopad na znalost problematiky dlouhodobého umístění duševně nemocné osoby. Nejčtenější odpovědí aktérů a možné řešení bylo spatřováno v hospitalizaci v PNKM, což je neslučitelné s principy a posláním CDZ Kroměříž. Rovněž to potvrzuje fakt, že je nedostatek pobytových zařízení pro vážně duševně nemocné osoby a tím pouze narůstá syndrom otáčivých dveří.

Součástí této kategorie byl dotaz na vnímání kvality péče o duševně nemocné osoby v rámci sociálně – zdravotní politiky v ČR. Výzkumník zaznamenal jednu odpověď kladného znění. Další aktéři zaujímají postoj, na základě svých zkušeností, k této problematice negativní. Dotýkají se také společenského problému, stigmatizace a začleňování do společnosti.

8 DISKUZE

Diplomová práce přináší výsledky výzkumné činnosti, zaměřené na nově vznikající Centra duševního zdraví. Autorka práce vnímá hlavní přínos ve snaze přiblížit problematiku péče o vážně duševně nemocné osoby, pohledem pečujících osob a blízkých. Pečující osoby sehrávají jednu z nejdůležitějších rolí v psychiatrické reformě, proto jsou autorkou práce považovány, pro výzkum zaměřený na význam center duševního zdraví v pomoci lidem s duševním onemocněním a jejich rodinám, za neopomenutelné. Pohled a zkušenosti pečujících osob o duševně nemocné na fungování a plnění věcného zaměření CDZ Kroměříž, jsou tou nejrelevantnější zpětnou vazbou pracovníkům multidisciplinárního týmu. Výsledky výzkumu mohou napomoci v řešení zkoumaných problémů v oblastech sociální, bytové a zdravotní politiky, jež se dotýkají úrovně veřejné a státní správy.

S ohledem na krátkou historii provozování CDZ, není mnoho dostupných výzkumů cílených na jejich fungování. To je důvodem pro předložení pouze v omezené míře komparaci s výzkumy jiných autorů. Rovněž volba interpretů je odlišná, autorka práce nastudovala výzkumy, jež se zabývají problematikou duševně nemocných a jejich rodin, avšak u dvou výzkumů byli voleni interpreti sociální pracovníci, sociálně-zdravotní pracovníci či zdravotníci. Autorku zaujal výzkum Veselá (2020), ve kterém jsou mapovány činnosti sociálních pracovníků v CDZ a nejčastěji řešené sociální problémy s klienty, pohledem sociálních pracovníků z několika vybraných CDZ v rámci ČR. Výsledky toho výzkumu pojmenovaly oblasti financí, bydlení, zaměstnání, kvality života za nejčastěji řešené a problémové.

Výsledky výzkumu v této diplomové práci rovněž rozkrývají shodné oblasti financí, bydlení, uplatnění na trhu práce a změny v kvalitě života, avšak jiným úhlem pohledu. Zde se aktéři výzkumu (pečující osoby) vyjadřovali k nejvíce využívaným a preferovaným službám v rámci sociální intervence. Autorka práce to považuje za pozitivní a utvrzení v opravdu existující a stále těžce řešitelné sociální zakázky, byť se zcela odlišnými aktéry výzkumů. Výzkumy tohoto charakteru by mohly umocnit apel na pomoc a spolupráci všech zainteresovaných subjektů.

Klingerová (2016) se ve výzkumu zabývala rolí sociální práce s duševně nemocnými. Cílem bylo zmapovat a zhodnotit sociální práci s touto cílovou skupinou, kdy aktéry výzkumu byli sociální pracovníci. V otázce dostupnosti péče o duševně nemocné Klingerové výzkum ukázal, že péče není dostupná všem. V komparaci s pohledem pečujících osob o duševně

nemocné, tomu bylo ve výzkumu této diplomové práce přesně naopak. Terénní službou se péče přiblížila klientům a stala se dostupnější. Další zajímavé srovnání je v otázce informovanosti klientů o možnostech péče pohledem sociálních pracovníků, kdy většina aktérů odpověděla kladně. Výsledek výzkumu v této diplomové práci, na téma celkové informovanosti, hovoří spíše negativně. Sociální pracovníci vnímají dostatečnou informovanost a pečující osoby vypovídají o opaku. Autorka diplomové práce to přisuzuje právě rozdílné volbě aktérů. Poslední komparativní náhled autorka čerpá stále z Klingerové (2016), kde výsledek výzkumného šetření Klingerové, potvrzující důležitost spolupráce s rodinou duševně nemocných osob, je ve shodě s výsledky výzkumu této diplomové práce. Zde se aktéři výzkumu (pečující osoby) pozitivně vyjadřovali ke spolupráci a pomoci týmu CDZ nejen klientům, ale i rodinám a blízkým.

Výzkumy zvolené pro komparaci, byly také realizovány kvalitativním přístupem a metodou rozhovorů.

Autorka diplomové práce volila pro výzkum kvalitativní přístup a volila by jej i v případě, že by zaměnila aktéry výzkumu či zkoumala obdobnou problematiku v odlišné instituci, zajišťující sociální a zdravotní pomoc jinak handicapovaným lidem.

V případě, že by měla autorka práce znova vést totožný výzkum, obohatila by jej o oblast pro život člověka velmi důležitou. Partnerství, vztahy, láska a vnímaný dopad duševního onemocnění na tuto oblast, byla autorkou diplomové práce upozaděna. Přínosem by mohla být odpověď i na otázku, zda by klienti a blízké osoby přivítali pohovor s psychologem na tato citlivá témata. Popisovaná změna výzkumu by výrazně jeho výsledky neovlivnila, pouze by přinesla i jiné téma, než je materiálního charakteru. Život bez kvalitních přátelství, partnerství a lásky je ochuzen a působí na člověka depriváčně.

Autorka diplomové práce věří, že text i výzkum osloví nejen pracovníky pomáhajících profesí, ale i širší veřejnost a napomůže tak potření mýtů o lidech s duševním onemocněním. I to je jednou z cest, jak zajistit jejich klidnější a kvalitnější zapojení se do společnosti.

ZÁVĚR

Cílem diplomové práce teoretické části, bylo seznámit čtenáře s problematikou psychiatrické reformy, deinstitucionalizací a hlavními pilíři reformy. Hlavními a doposud jedinými pilíři reformy jsou vznikající Centra duševního zdraví, jež přináší zcela nové metody práce s cílovou skupinou, vážně duševně nemocnými osobami. Multidisciplinarita, CASE management, metodika CARE, jsou klíčové termíny, s nimiž se oblast psychiatrické péče seznamuje.

Věcné zaměření Center duševního zdraví je především, v každodenním hledání řešení nově vznikajících sociálních problémů, přenesení péče do přirozeného prostředí klienta a profesionální poskytování služeb, které mají mít pozitivní dopad na kvalitu života duševně nemocných a jejich rodin. Uvedené aspekty jsou dílčími cíli pro dosažení cíle hlavního, tím je omezení počtu hospitalizací nemocného v Psychiatrických nemocnicích či výrazné krácení doby nutné hospitalizace. Autorka diplomové práce zde vycházela z odborných publikací, metodik sociální práce s duševně nemocnými osobami, odborných školení a praktických znalostí, získaných v rámci své profese.

Empirická část diplomové práce byla zaměřena na zjištění významu Center duševního zdraví v pomoci lidem s duševním onemocněním a jejich rodinám. Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, do jaké míry se daří plnit věcné zaměření a cíle Centra duševního zdraví Kroměříž pohledem pečujících osob. Získaná data výzkumu byla ukotvena do pěti základních kategorií, jež jsou nosiči významných témat: přesun těžiště práce, práce multidisciplinárního týmu, nejčastější sociální zakázky, absentované služby či služby preferované a povědomí o pobytových zařízeních pro duševně nemocné. Každá kategorie výzkumem přinesla odpovědi na dílčí výzkumné otázky, které byly koncipovány v souladu s výzkumným problémem a pro následnou interpretaci dat. Prezentací výsledků výzkumu byl splněn cíl diplomové práce. Z výsledků výzkumu vyplývá, že vznik Center duševního zdraví má v reformě psychiatrické péče a deinstitucionalizace duševně nemocných osob velké opodstatnění v mnoha oblastech. Péče o nemocné, pomoc jejich blízkým a rodinám v přirozeném prostředí, je jedním z poslání a novou službou center. CDZ Kroměříž plně využívá kapacitu terénní práce. Multidisciplinární profesionální přístup je oceňován především pečujícími osobami a jak výsledky empirického výzkumu dokládají, péče má dopad na jejich emoční oblast. Po dlouhodobém opomíjení a upořádání vlastních potřeb, před potřebami duševně nemocných, o něž se starají, vnímají pečující osoby kvalitu

života skrze vyjádřené hodnoty, pocit úlevy, jistoty, klidu, bezpečí a toužené harmonie. Sociální intervence terénního i ambulantního charakteru uplatňují nejen práva klientů a pečujících osob, ale významně se podílí na reedukaci, resocializaci a destigmatizaci duševně nemocných. Přichází tak šance na důstojnější život všech, co trpí duševním onemocněním.

Donedávna se problematika psychiatrických pacientů a jejich dlouhodobé hospitalizace či časté relapsy řešily pouze tzv. „za zdí“, v Psychiatrických nemocnicích. Dnes již mnoho duševně nemocných lidí ví, že pomoc naleznou i za branami PN prostřednictvím CDZ, které se postupně dostávají do povědomí široké veřejnosti.

Výzkum v diplomové práci může být impulsem pro další zkoumání této aktuální problematiky. Autorka práce by spatřovala obohacení výzkumu v komparativním přístupu metodických postupů Center duševního zdraví s využitím případových studií. Hlavním přínosem diplomové práce je hlubší zpracování problematiky života lidí s duševním onemocněním a jejich rodin, otevření nově vznikajících problémů sociálně společenského charakteru. Dalším přínosem jsou výsledky výzkumu, které poslouží CDZ Kroměříž jako zpětná vazba na práci multidisciplinárního týmu.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BAKOŠOVÁ Zlatica. *Sociální pedagogika. Vybrané problémy*. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislavě, 1994. ISBN 80-223 0817-X.
2. BAKOŠOVÁ, Zlatica. *Sociálna Pedagogika ako životná pomoc*. Public Promotion, 2008. ISBN 978-80-969944-0-3.
3. BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a Filip ŠPANIEL. *Schizofrenie: jak předejít relapsu, aneb, Terapie pro 21. století*. Praha: Mladá fronta, 2013. Aeskulap. ISBN 9788020429933.
4. BENDL, Stanislav. *Nárys sociální pedagogiky*. V Praze: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2014. ISBN 978-80-7290-668-0.
5. ČÁMSKÝ, Pavel, Jan SEMBDNER a Dagmar KRUTILOVÁ, 2011. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0027-7.
6. ČEŠKOVÁ, Eva a Hana KUČEROVÁ, SVOBODA, Mojmír, ed. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-154-9.
7. DISMAN, Miroslav, 2011. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1966-8.
8. DÖRNER, Klaus a Ursula PLOG. *Bláznit je lidské: učebnice psychiatrie a psychoterapie*. Praha: Grada, 1999. Psyché (Grada). ISBN 8071696285.
9. DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4826-9.
10. ELICHOVÁ, Markéta, 2017. *Sociální práce: aktuální otázky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0080-4.
11. FISCHER, Ondřej a René MILFAIT, 2008. *Etika pro sociální práci*. Praha: Jabok. ISBN 978-80-904137-3-3.
12. GAEBEL, Wolfgang a Jürgen ZIELASEK, 2015. *Schizophrenia in 2020: Trends in diagnosis and therapy*. Psychiatry and Clinical Neurosciences. 661-673.
13. GULOVÁ, Lenka, 2011. *Sociální práce: pro pedagogické obory*. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3379-1.

14. HÁJEK, Bedřich, Břetislav HOFBAUER a Jiřina PÁVKOVÁ. *Pedagogické ovlivňování volného času: současné trendy*. Praha: Portál, 2008. ISBN 9788073674731.
15. HENDL, Jan. *Úvod do kvalitativního výzkumu*. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-246-0030-7.
16. HOLLANDER, Dirk den a Jean Pierre Lambert WILKEN. *Podpora zotavení a začlenění: úvod do metodiky CARE*. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice, 2016. ISBN 978-80-260-9945-1.
17. HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2998-8.
18. HÖSCHL, Cyril, Jaromír ŠVESTKA a Jan LIBIGER. *Psychiatrie*. Praha: Tigis, 2004. ISBN 80-900130-7-4.
19. KLEPÁČKOVÁ, Olga, Zuzana KREJČÍ a Martina ČERNÁ. *Trauma-informovaný přístup v sociální práci*. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-1049-0.
20. KOLIBOVÁ, Helena. *Sociální politika 2: [studijní materiály pro kombinované studium Veřejná správa a regionální politika]*. Opava: Optys, 2008. ISBN 9788085819670.
21. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-717-8774-4.
22. KUČERA, Dalibor. *Moderní psychologie: hlavní obory a témata současné psychologické vědy*. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4621-0.
23. KUČEROVÁ, Helena. *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4733-0.
24. KUČEROVÁ, Helena. *Bolest v psychiatrii*. Praha: Galén, 2018. ISBN 978-80-7492-378-4.
25. KUCHAROVÁ, Věra et al.. *Česká rodina na počátku 21. století: životní podmínky, vztahy a potřeby*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON) v koedici s Výzkumným ústavem práce a sociálních věcí. Studie (Sociologické nakladatelství), 2019. ISBN 978-80-7419-275-3.
26. KUZNÍKOVÁ, Iva. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3676-1.

27. LÁTALOVÁ, Klára, Dana KONČELÍKOVÁ a Ján PRAŠKO. *Suicidalita u psychických poruch*. Praha: Grada, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4305-9.
28. LORENZOVÁ, Jitka. *Sociální pedagogika – věda, praxe, profese: K problému utváření oborové a profesní identity sociální pedagogiky*. Brno 2017. Habilitační práce. Masarykova univerzita.
29. MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5.
30. MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie: [učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese]*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-700-0.
31. MALÍK HOLASOVÁ, Věra. *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4315-8.
32. MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-502-8.
33. MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2010. ISBN 9788073678180.
34. MÁTEL, Andrej. *Teorie sociální práce I: sociální práce jako profese, akademická disciplína a vědní obor*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-2220-2.
35. NĚMĚC, Jiří. *Psychopatie a kriminalita: život ze dne na den*. Praha: Vydavatelství a nakladatelství Ministerstva vnitra ČR, 1993. ISBN 80-901121-7-X.
36. OREL, Miroslav. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. Praha: Grada, 2016. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5516-8.
37. PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. V Praze: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.
38. PRAŠKO, Ján. *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-558-5.
39. PROCHÁZKA, Miroslav. *Sociální pedagogika*. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3470-5.
40. REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2009. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3006-6.

41. ŘIHÁČEK, Tomáš, Ivo ČERMÁK a Roman HYTYCH. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita, 2013. ISBN 978-80-210-6382-2.
42. SELIGMAN, Martin E. P. *Vzkvétání: nové poznatky o podstatě štěstí a duševní pohody*. V Brně: Jan Melvil, Pod povrchem, 2014. ISBN 978-80-87270-95-0.
43. ŠVARÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
44. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0225-7.
45. VODÁČKOVÁ, Daniela. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-342-0
46. VRTIŠKOVÁ, Marie. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Tribun EU, 2009. Knihovnicka.cz. ISBN 9788073998776.
47. ZAKOUŘILOVÁ, Eva. *Speciální techniky sociální terapie rodin*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0583-8.

INTERNETOVÉ ZDROJE

48. ANTHONY, William A. *Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s*, Psychosocial Rehabilitation Journal [online]. © 1993 [cit. 29.03.2021]. Dostupné z: https://cpr.bu.edu/wp-content/uploads/2011/11/anthony_1993c.pdf
49. ČESKO. Vyhláška č. 55/2011 Sb.: *Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*. In: Sbíрка zákonů České republiky. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>
50. ČESKO. *Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách*. In: Ministerstvo práce a sociálních věcí 2006, částka 37, Dostupný také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>
51. ČESKO. *Zákon č. 110/2006 ze dne 31. března 2006 o životním a existenčním minimu*. In: Ministerstvo práce a sociálních věcí 2006, částka 37, Dostupný také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-110>
52. ČESKO. *Zákon č. 111 ze dne 14. března 2006 o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů a další právní předpisy*. In: Ministerstvo práce a sociálních věcí 2006, částka 37, Dostupný také z: <https://www.uradprace.cz/web/cz/doplatek-na-bydleni>
53. ČESKO. *Zákon č. 111 ze dne 14. března 2006 o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů a další právní předpisy*. In: Ministerstvo práce a sociálních věcí 2006, částka 37, Dostupný také z: <https://www.mpsv.cz/-/mimoradna-okamzita-pomoc>
54. ČESKO. *Zákon č. 111 ze dne 14. března 2006 o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů a další právní předpisy*. In: Ministerstvo práce a sociálních věcí 2006, částka 37, Dostupný také z: <https://www.mpsv.cz/-/zadost-o-prispevek-na-zivobyti>
55. DZIWOTA, Ewelina et al. *Social functioning and the quality of life of patients diagnosed with schizophrenia*. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine – Online first articles* [online]. © 2018 [cit. 30.03.2021]. Dostupné z: <http://www.aaem.pl/Social-functioning-and-the-quality-of-life-of-patients-diagnosed-with-schizophrenia,72507,0,2.html>

56. HAMPLOVÁ, Ludmila. *Zdravotníci jsou vůči duševně nemocným stejně stigmatizující jako ostatní, popisuje profesor Thornicroft*. Zdravotnický deník – Nejpřehlednější průvodce naším zdravotnictvím. [online]. © 2018 [cit. 12.03.2021]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2018/11/zdravotnici-jsou-vuci-dusevne-nemocnym-stejne-stigmatizujici-jako-ostatni-popisuje-profesor-thornicroft/>
57. KRAJSKÝ ÚŘAD ZLÍNSKÉHO KRAJE. *Veřejný registr poskytovatelů sociálních služeb v ČR* [online]. © 2014 [cit. 02.04.2021]. Dostupné z: <https://www.kr-zlinsky.cz/verejny-registr-poskytovatelu-socialnich-sluzeb-v-cr-cl-1715.html>
58. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. *Průvodce* [online]. © 2012 [cit. 03.04.2021]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/372793/vyhlaska_505-2006.pdf/bf86c99a-18ed-afb0-9d38-4ab5cf469dbd
59. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Metodika programu podpory Center duševního zdraví II* [online]. © 2010 [cit. 03.04.2021]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/02/Methodika-Programu-podpory-Center-du%C5%A1evn%C3%ADho-zdrav%C3%AD-III_v.3-1.pdf
60. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030 – Ministerstvo zdravotnictví* [online]. © 2020 [cit. 03.04.2021]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/narodni-akcni-plan-pro-dusevni-zdravi-2020-2030/>
61. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Základní principy péče poskytované v CDZ: Principy, cíle, vodítka pro vznik, organizaci a provoz*. In: Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online]. © 2010 [cit. 03.04.2021]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2019/08/Př%C3%ADloha_č._6_Metodiky_-_Základn%C3%AD_principy_pěče_poskytované_v_CDZ.pdf
62. PŘÍLOHA STANDARDU AKUTNÍ LŮŽKOVÉ PSYCHIATRICKÉ PÉČE. *Reforma psychiatrie* [online]. © 2018 [cit. 30.03.2021]. Dostupné z: https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-02/Př%C3%ADloha%20standardu%20akutn%C3%AD%20lůžkové%20psychiatrické%20pěče_0.pdf
63. RAGINS, Mark. *A Road to Recovery*. Boston University Center for Psychiatric Rehabilitation [online]. © 2002 [cit. 30.03.2021]. Dostupné z: <https://cpr.bu.edu/wp-content/uploads/2013/05/Road-to-Recovery.pdf>

64. VĚSTNÍK MZ ČR, FOKUS. *Vysočina* [online]. © 2016 [cit. 01.04.2021]. Dostupné z:
http://www.fokusvysocina.cz/Userfiles/standard_cdz_final.pdf

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

atd.,	a tak dále
CDZ	Centrum duševního zdraví
č.,	číslo
ESF	Evropský Sociální Fond
et. al..	a kolektiv
EU	Evropská Unie
I	Interpret
ID	Invalidní důchod
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
NAPDZ	Národní akční plán pro duševní zdraví
OCD	Obsedantně kompulsivní porucha
PN	Psychiatrická nemocnice
PNKM	Psychiatrická nemocnice Kroměříž
SSP	Státní sociální podpora
Sb.,	Sbírky
t.č.	toho času
tj.,	to je
tzv.,	tak zvanému

SEZNAM OBRÁZKŮ

Schéma č. 1: Stigmatizace (vlastní zpracování)	45
Schéma č. 2: Tři úrovně multidisciplinární spolupráce	51
Schéma č. 3: Organizační struktura CDZ Kroměříž (vlastní zpracování).....	54
Schéma č. 4: Metodika CARE – „plán cesty“	56
Schéma č. 5: Vztahy mezi subkategoriemi – ÚČEL MISE (vlastní zpracování)	69
Schéma č. 6: Vztahy mezi subkategoriemi – PROCES JE CESTA (vlastní zpracování) ...	73
Schéma č. 7: Vztahy mezi subkategoriemi – DOPROVOD NA CESTĚ ZOTAVENÍ	76
Schéma č. 8: Vztahy mezi kategoriemi – CO UMÍME A CO NE? (vlastní zpracování)....	79
Schéma č. 9: Vztahy mezi subkategoriemi – KDO JINÝ? (vlastní zpracování).....	83
Schéma č. 10: Paradigmatický model (vlastní zpracování)	89

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Základní dělení onemocnění schizofrenie (vlastní zpracování)	16
Tabulka č. 2: Dělení bludných symptomů depresivního onemocnění (vlastní zpracování)	20
Tabulka č. 3: Čtyři dimenze dělení temperamentu podle Cloningera (vlastní zpracování)	23
Tabulka č. 4: Dělení sociální služby (vlastní zpracování)	33
Tabulka č. 5: Principy psychiatrické rehabilitace podle Anthony a kol. (1990)	36
Tabulka č. 6: Účastníci výzkumu	65
Tabulka č. 7: Výčet pojmů užitých v Paradigmatickém modelu (vlastní zpracování)	88


SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Osobní profil klienta


Tab. 1. Osobní profil – J. P. Wilken a D. den Hollander (2011; převzato od Rapp a Goscha, 2006)

		Jméno: Jméno pracovníka:
Současné schopnosti, předpoklady a zkušenosti	Přání a ambice	Schopnosti, předpoklady a zkušenosti v minulosti
Mám zažádáno o chráněné bydlení, na oddělení se dokážu o sebe postarat, umím hospodařit s penězi.	Bydlení Chci mít svůj byt a bydlet samostatně.	Bydlela jsem u rodičů, dokázala jsem bydlet sama v podnájmu.
Docházím na aktivity na oddělení, dokážu přijít včas na program, dobře vycházím s lidmi na oddělení. Mohu zkusit práci v tréninkové kavárně zde v nemocnici.	Práce, zaměstnání Chci pracovat mezi lidmi.	Pracovala jsem jako učitelka jazyků – angličtina, španělština, čeština pro cizince.
Mám přerušené magisterské studium. Dokážu se sama učit a připravovat na zkoušky, je to pro mě hodně důležité.	Učení se – vzdělávání se Chci dokončit vysokou školu – magisterské studium.	Dokončila jsem bakalářské studium, obor historie.
Ráda chodím na výlety.	Rekreace – volný čas Chtěla bych na dovolenou k moři.	Ráda jsem chodila do divadla, na výlety.
Jsem hospitalizovaná, cítím se lépe, s lékařkou mohu mluvit o vedlejších účincích léků.	Zdraví a pocit pohody Být zdravá.	Je to za mnou, nechci se k tomu vracet.
Dokážu se o sebe postarat, dodržuji základní hygienu, sestřičky mě občas povzbudí, to mi pomáhá.	Péče o sebe a o ostatní Zvládat péči o sebe.	Nechci se k tomu vracet.
Babička mě pravidelně navštěvuje, pomáhá mi, s tátou máme hezký vztah, s mámou je to složitější.	Vztahy Zlepšit vztahy s rodinou.	Měla jsem kamarády na škole, v rodině jsme měli hezké vztahy.
Nejvíc v bezpečí se cítím doma a teď na oddělení.	Bezpečí Cítím se v bezpečí u rodičů nebo ve svém bydlení.	Cítila jsem se v bezpečí, když mě lidé přijímali takovou, jaká jsem.
Která přání jsou pro mě nejdůležitější?		
1. Dokončit VŠ studium, získat titul Mgr., dokázat všem, že na to mám – na oddělení mi s tím pomohou a upraví mi terapeutický program (viz níže).		
2. Zajistit si bydlení, osamostatnit se – mohu přestoupit do chráněného bydlení.		
3. Práce mezi lidmi – později chráněná kavárna.		


Příloha P II:




Z duševního onemocnění se lze zotavit.
na rovinu




Duševní onemocnění neznamená agresivitu.
na rovinu



Duševní onemocnění nemají jednoznačný původ.
na rovinu



Duševní onemocnění se nevyhýbají ani vysoce inteligentním lidem.
na rovinu



Duševní onemocnění nemusí být na člověku vůbec vidět.
na rovinu

Z duševního onemocnění se lze zotavit
Mýtus: Z duševního onemocnění se nelze uzdravit
 Dlouhodobé studie ukazují, že díky správné pomoci vykazuje většina lidí s duševním onemocněním skutečné zlepšení a může vést kvalitní a produktivní život. Pokud dostanou adekvátní péči, chodí běžně do školy či do práce, zakládají rodiny a vychovávají děti. Zásadní rolí v tomto směru hraje ochota a vůle vyhledat včas odbornou pomoc, ale také sociální zájem a podpora ze strany rodiny či přátel.

Duševní onemocnění neznamená agresivitu
Mýtus: Lidé s duševním onemocněním mají sklon k násilnému chování
 Lidé s duševním onemocněním nemají větší sklon k násilí než zbytek populace. Tento mýtus je často posílán médi a může vést ke strachu z nálepků nebezpečného agresora a neochotě vyhledat pomoc. Ve skutečnosti je tomu naopak. Každá své blízkosti a zranitelnosti se jedinci s duševním onemocněním často stávají obětí násilných činů nebo mohou ublížit sami sobě.

Duševní onemocnění nemají jednoznačný původ
Mýtus: Duševní onemocnění mají jednoznačný původ
 Současné výzkumy ukazují, že příčinou duševního onemocnění není pouze genetická predispozice či chemicko-biologická nerovnováha. Duševní onemocnění nejsou ani projevem určitých nedostatků v charakteru či osobní slabosti. Jsou způsobena genetickými, biologickými a sociálními faktory i faktory spojenými se životem prostředím. Vliv může mít také přenašání působení alkoholu či drog na plod či např. zneužívání či týrání v období dětství.

Duševní onemocnění se nevyhýbají ani vysoce inteligentním lidem
Mýtus: Duševně nemocní lidé jsou méně inteligentní
 Rozložení intelektových schopností je mezi duševně nemocnými osobami stejné jako u zdravé populace. Najdeme tedy mezi nimi jak jedince podprůměrné, průměrné, tak ty se zcela nadprůměrnou inteligencí. Duševní onemocnění inteligenci rozhodně nesnižuje, může ovšem dovést k tomu, že jí člověk s psychiatrickými obtížemi nedokáže plně využít. Měsí jeho výkonost nebo si hůle pamatuje určitá fakta.

Duševní onemocnění nemusí být na člověku vůbec vidět
Mýtus: To, že má člověk duševní onemocnění, se dá poznat
 Ne každé duševní onemocnění lze rozpoznat podle vzhledu. Velká část lidí žije s duševním onemocněním, aniž by to u nich jejich okolí vědělo. Mnozí lidé svou diagnózu či obtíže před ostatními skrývají, protože se bojí jejich reakce.



Lidé se zkušeností s duševním onemocněním se často potýkají s diskriminací.
na rovinu



I člověk s duševním onemocněním dokáže jasně vnímat realitu.
na rovinu



I lidé s duševním onemocněním mohou pracovat a pracují.
na rovinu



Psychotická onemocnění nemají jasné hranice.
na rovinu

Lidé se zkušeností s duševním onemocněním se často potýkají s diskriminací
Mýtus: Lidé s duševním onemocněním nejsou v naší společnosti diskriminováni
 Stigmatizace a diskriminace osob s duševním onemocněním ve společnosti stále přetrvává. Dle výsledků výzkumu realizovaného na české populaci se s nějakou formou diskriminace (přátelé, lékaři, vzdělávání, zaměstnání atd.) setkala téměř 85 % respondentů (Interní výzkum NÚDZ, 2017).

I člověk s duševním onemocněním dokáže jasně vnímat realitu
Mýtus: Lidé s duševním onemocněním jsou mimo sebe
 To, že člověk zažije duševní onemocnění, neznamená, že je mimo realitu, a už vůbec ne naprosto. Navzdání kontaktu s realitou se vyvíjí pouze u některých duševních nemocí a zpravidla se jedná o přechodný stav (např. akutní stav psychózy).

I lidé s duševním onemocněním mohou pracovat a pracují
Mýtus: Člověk s duševním onemocněním nemůže pracovat
 Duševní onemocnění přináší různá omezení a znevýhodnění, ale většina lidí je dokáže překonat a pracovat může a chce. Zaměstnání přispívá k procesu zotavení a je také skvělou příležitostí, jak se zapojit do společnosti.

Psychotická onemocnění nemají jasné hranice
Mýtus: Existují psychotičtí a neppsychotičtí lidé
 Věhlasť i některé odborníci mají někdy tendenci vnímat psychózu jako kategorii – buď jsou psychotik, nebo nejsou. Ve skutečnosti lidé nejsou pouze depresivní, nebo pouze šťastní. Podobu deprese rozlišujeme, a to od mírných jednodenních melancholií až k hluboké, ochromující depresi. A podobně se projevují i psychotické příznaky. Každé mají rozdílnou intenzitu a závažnost.

Příloha P III: Vitamínový model

PRÁCE S VNĚJŠÍM PROSTŘEDÍM

Vitamínový model je nástroj, který umožňuje nacházet oblasti možného zlepšení. Pracujeme s ním spíše prostřednictvím brainstormingu v jednotlivých oblastech než „měřením“ jednotlivých faktorů.

„VITAMÍNOVÝ PROFIL“ PROSTŘEDÍ PODPORUJÍCÍHO ZOTAVENÍ

© J. P. Wilken a D. den Hollander (1999; 2011)

Vysvětlení

Každý „vitamín“ prostředí je rozpracován do několika položek. Ke každé položce je přiřazeno skóre na škále. Ne všechny položky lze aplikovat na mapování každého typu prostředí. Některé položky jsou kupříkladu primárně zaměřeny na pracovní prostředí. Ty, které se tak nevztahují k posuzovanému prostředí, přeskočte. Vitamín také musí být přítomen ve správné „dávce“. Ani příliš málo, ale ani příliš moc. Například přehnaná jednoznačnost vyplývající z přemíry pravidel a nařízení může vést k rigiditě. Naopak příliš mnoho variant, co je možné dělat, může vést k chaosu. Příliš velká nabídka alternativ může znemožnit výběr.

Skórování:

- Dobré: tato položka je v pořádku.
- Zaslouhuje pozornost: tato položka vyžaduje pozornost, ale ještě ne konkrétní zásah. Může jít například o to, že vitamín je v zásadě přítomen, ale není mu věnován dostatek vědomé pozornosti. Může jít také o situaci, kdy hrozí „předávkování“ vitamínem.
- Vyžaduje změnu: tato položka není v pořádku a je třeba něco udělat!

Závěry jsou shrnuty na konci analýzy, kde jsou specifikovány položky vyžadující změnu.

1	Možnost ovlivňovat prostředí	DOBŘE	ZASLUHUJE POZORNOST	VYŽADUJE ZMĚNU
	Klienti se mohou podílet na rozhodování ve věcech, které jsou pro ně důležité			
	Klienti se mohou vyjadřovat k určování pravidel			
2	Možnost využívat dovednosti, které jsou v tomto prostředí důležité	DOBŘE	ZASLUHUJE POZORNOST	VYŽADUJE ZMĚNU
	Zdroje a prostředky jsou dostupné a dá se s nimi pracovat.			
	Je k dispozici dostatek času na využití či trénování dovedností.			
	Je k dispozici podpora při uplatňování příslušných dovedností.			

3	Přítomnost cílů, jež slouží jako vodítko	DOBŘE	ZASLUHUJE POZORNOST	VYŽADUJE ZMĚNU
	Prostředí má jasný cíl a směřování.			
	Cíl je ve shodě s vizí zotavení.			
	Jednání personálu je ve shodě s cílem. Pomáhající pracovníci vycházejí z toho, že zotavení je vždy možné, a zajišťují soulad mezi cíli klienta a cílem prostředí.			
4	Rozmanitost v oblasti jednání	DOBŘE	ZASLUHUJE POZORNOST	VYŽADUJE ZMĚNU
	Prostorové uspořádání umožňuje dostatečnou rozmanitost v jednání či aktivitách.			
	Existuje tu podpora nebo (eventuálně) jsou klienti nasměrováni k dalším možnostem podpory tak, aby jim bylo umožněno využít co nejširší škály možností nabízených prostředím.			
5	Přehledné prostředí: uspořádané a transparentní	DOBŘE	ZASLUHUJE POZORNOST	VYŽADUJE ZMĚNU
	Zařízení má jasně danou strukturu (denní program atd.).			
	Komunikace v rámci zařízení je transparentní.			
	Informace jsou jasné.			
	V případě potřeby jsou poskytnuta jasná vysvětlení nebo jasné instrukce.			
6	Dostupnost materiálních zdrojů	DOBŘE	ZASLUHUJE POZORNOST	VYŽADUJE ZMĚNU
	Klient má zajištěnu střechu nad hlavou a další základní životní potřeby.			
	K dispozici je finanční odměna.			
	K dispozici je (odpovídající) pracovní vybavení.			
	Je možnost dopravního spojení.			

7	Bezpečí	DOBŘE	ZASLUHUJE POZORNOST	VYŽADUJE ZMĚNU
	Je tu uspokojivá úroveň fyzického bezpečí.			
	Je tu uspokojivá úroveň emocionálního bezpečí.			
8	Podporující vedení	DOBŘE	ZASLUHUJE POZORNOST	VYŽADUJE ZMĚNU
	Je přítomen vedoucí pracovník, který jedná z perspektivy konceptu zotavení.			
	Vedoucí pracovník podporuje hledání individuálních řešení a rozvoj všech přítomných, řídí empatickým a srozumitelným způsobem, svým chováním podporuje personál i klienty.			
9	Příležitost k vzájemné komunikaci	DOBŘE	ZASLUHUJE POZORNOST	VYŽADUJE ZMĚNU
	Je dostatek příležitostí k interakci a vzájemné podpoře.			
	Aktivně se podporují a posilují dobré mezilidské vztahy.			
10	Hodnotné společenské postavení	DOBŘE	ZASLUHUJE POZORNOST	VYŽADUJE ZMĚNU
	Klienti vnímají respekt okolí k tomu, kým jsou jako lidé.			
	Klienti vnímají respekt okolí k tomu, co dělají.			
Nedostatek vitamínů		Cíle / kroky ke zlepšení kvality prostředí		
1.		1.		
2.		2.		
3.		3.		
4.		4.		
5.		5.		

Příloha P IV: Plán časných varovných příznaků

PLÁN ČASNÝCH VAROVNÝCH PŘÍZNAKŮ © J. P. Wilken a D. den Hollander (1999; 2011; založeno na Van der Werf et al., 1998)			Jméno: Frank Datum sestavení plánu: 1. září 2014 Datum vyhodnocení: 1. prosinec 2014	
Fáze	Příznaky z mého pohledu	Příznaky z pohledu ostatních	Co budu dělat já	Co budou dělat ostatní
Zelená	Cítím se dobře, chodím do práce, poslouchám rockovou hudbu. Zajímá mě aktuální dění a rád se setkávám s jinými lidmi.	Frank chodí do práce, popijí kávu se spolubydlicími, sleduje aktuální dění v televizi a čte si noviny. Všichni si navzájem rozumějí.	Zajistím si denní řád. Z vlastní iniciativy budu udržovat kontakt s lidmi, kteří jsou pro mě důležití, jako je William (můj bratr), Elisa a Jack (spolubydliči).	Udržovat kontakt, aniž by na mě vyvíjeli nátlak, např. mě přesvědčovali o tom, co je pro mě dobré.
Oranžová	Začínám se cítit do něčeho tlačeny, nervuji se tím, co se ve světě odehrává, chodím spát čím dál později, vyhledávám informace a znamení na internetu.	Frank začíná víc poslouchat blues a čím dál víc používat internet. Vzájemné porozumění začíná být o něco problematictější.	Poslechnu si třetí album Led Zeppelin: to mě uklidňuje. Zeptám se Elisy a Jacka, zda nechtějí chodit na kávu častěji, budu častěji volat svému bratrovi Williamovi, v případě potřeby každý večer. Budu důkladnější, co se týče plnění seznamu mých denních aktivit. Budu chodit na skupinová sezení s peer pracovníkem.	Když bude třeba, Rita mi může nabídnout medikaci, ale když odmítnu, nemá dovoleno jakkoli na mě tlačit. Když si Rita bude myslet, že se mi moc dobře nedaří, promluví si o tom s Williamem, Elisou a Jackem.

Fáze	Příznaky z mého pohledu	Příznaky z pohledu ostatních	Co budu dělat já	Co budou dělat ostatní
Červená	Už nejsem schopen udržet si odstup od zpráv o světových katastrofách a musím na ně neustále myslet. Ostatní na mě začínají vyvíjet čím dál větší nátlak, tomu se usilovně bráním.	Frank už nespí, je neustále zaměstnaný přesvědčováním ostatních a neposlouchá, co mu ostatní říkají. Poslouchá už jen heavy metal. Nerozumíme si.	Přemohla mě úzkost a obavy. Mezi tím vším si musím najít bezpečné útočiště, to ale sám většinou nedokážu. V takových situacích se budu snažit aspoň pořádně jíst, jinak zeslábnu hladem a bude mi ještě hůř.	Rita se mnou zůstane, jak nejvíc to půjde, protože jsem nejkolidnější, když ji mám u sebe. Quincy (moje komunitní psychiatrická sestra) mi nabídne vyšší medikaci. Když mě budou muset odvézt do nemocnice, Rita pojedete se mnou, ale komunikace zůstane věcná a Rita toho bude říkat co nejméně, protože jinak rychle zneklidním.
Důležité informace	Frank se rozvedl už před časem, ale zasáhlo ho to na mnoho let. Jakkoli nátlakově se Frank dovede chovat, nikdy nemá vůči lidem sebemenší zlé úmysly.			

Příloha P V: Srovnání kategorií 3 a 4

KATEGORIE 3	KATEGORIE 4	
Nejčastěji využívané služby sociálních pracovníků	Sociální služby, které pečující osoba není schopna zajistit	Srovnání
I 1 – terapie, konzultace, aktivizace a zajištění práce	Zajištění práce, seberealizace	Dublovaná sociální služba je zajištění práce
I 2 – invalidní důchod, příspěvek SSP, individuální plánování	Invalidní důchod, zajistit bydlení pro bratra	Dublovaná sociální služba je vyřízení invalidního důchodu
I 3 – poradenství, motivace, individuální plánování	Odbornost, asertivní komunikace	Žádná sociální služba není dublovaná
I 4 – zajištění práce, příspěvek SSP, oddlužování	Motivace, aktivizace syna, zajištění práce	Dublovaná sociální služba je zajištění práce
I 5 – invalidní důchod, příspěvek SSP, zajištění práce	Pracovní uplatnění	Dublovaná sociální služba je zajištění práce

Příloha P VI: Dokumenty závazné pro ČR

1.1 MEZINÁRODNÍ:

- Úmluva o právech osob se zdravotním postižením (Sb. m. s., 2010)
- Úmluva o právech dítěte (Sb. m. s., 2010)
- Mezinárodní pakt o občanských a politických právech a Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech (Sb.z., 1976)
- Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod (Sb.z., 1992)
- WHO Mental Health Action Plan for Europe 2013-2020 (WHO, 2015)
- European Commission Green Paper: Improving the Mental Health of the Population. Towards A Strategy on Mental health for the European Union (Evropská komise, 2005)
- The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable development (Patel et al., 2018)
- Agenda 2030 pro udržitelný rozvoj / Cíle udržitelného rozvoje SDGs (MŽp, 2018)
- Country report – Investiční priority k financování politiky soudržnosti v období 2021—2027 pro ČR (příloha D, EK, 2019)
- Obecné nařízení (Škorňa, 2019; MMR, 2019) pro využívání ESIF v programovém období 2021—2027, pět jasně stanovených cílů politiky
- Doporučení Rady OECD k integrovanému přístupu k duševnímu zdraví, dovednostem a práci (dobrovolný závazek v návaznosti na OECD materiály „Sick on the Job?“, 2012, „Making Mental Health Count“, 2014 a „Fit Mind, Fit Job“, 2015), (OECD, 2019)
- VOP. Úmluva proti mučení a jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (Závěrečná doporučení k šesté periodické zprávě České republiky, 6. 6. 2018, VOP, 2018)
- Strategie pro zdravotně postižené 2020+ (připravovaný nástupnický dokument) dle jednání na vysoké úrovni (Paříž, březen 2019)

1.2 NÁRODNÍ:

- Listina základních práv a svobod (Sb.z., 1992)
- Strategický rámec Česká republika 2030 (MŽp, 2017)
- Strategie reformy psychiatrické péče 2013 (MZd, 2013)
- Národní strategie ochrany a podpory zdraví „Zdraví 2020“, Akční plán č. 3: Duševní zdraví (MZd, 2015)
- Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a další obdobná onemocnění na léta 2016—2019 (MZd, 2016)
- Národní strategie rozvoje sociálních služeb na rok 2016—2025 (MPSV, 2015)
- Koncepce prevence a řešení problematiky bezdomovectví v ČR do roku 2020 (MPSV, 2013b)
- Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017 (aktualizovaná verze k 31. 12. 2014, MPSV, 2013) a Strategie přípravy na stárnutí společnosti 2018—2022
- Koncepce sociálního bydlení pro 2015—2025 (MPSV, 2015b)
- Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015—2020 (ÚV, 2015)
- Vládní strategie pro rovnost žen a mužů v ČR na léta 2014—2020 (ÚV, 2014)
- Akční plán prevence domácího a genderově podmíněného násilí na léta 2019—2022 (ÚV, 2014b)
- Strategie sociálního začleňování 2014—2020 a koncept připravované „Strategie boje proti sociálnímu vyloučení na období 2016—2020 (MPSV, 2014)
- Národní strategie ochrany práv dětí (MPSV, 2012)
- Strategie vzdělávání 2020 (MŠMT, 2014)
- Strategie boje proti sociálnímu vyloučení na období 2016—2020 (ÚV, 2016)
- Národní koncepce realizace politiky soudržnosti v ČR po roce 2030 (MMR, Podklad pro dohodu o partnerství pro období 2021—2027, verze před MPŘ 10. 6. 2019)
- Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019—2027 (ÚV, 2019)
- Akční plán realizace Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2019—2021
- Návrh základní sítě adiktologických krajských ambulancí pro dospělé pacienty/klienty (Mioviský, Popov, 2019)

