

Univerzita Karlova

Filozofická fakulta

Katedra sociální práce

Bakalářská práce

Sára Čechová

**Porovnání ústavní a komunitní péče o lidi s psychotickým
duševním onemocněním**

Comparison of institutional and community care for people with
psychotic mental illness

Vedoucí bakalářské práce:

MUDr. Ondřej Pěč, Ph.D.

Praha 2022

Poděkování

Děkuji MUDr. Ondřejovi Pěči, PhD. za odborné vedení mé práce. Dále děkuji MUDr. Janu Stuchlíkovi za cenné rady a poskytnutí literatury a všem respondentům, kteří se podíleli na mém výzkumu.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Katusicích, dne 23. 12. 2021

Sára Čechová

Klíčová slova

sociální pracovník, komunitní péče, multidisciplinární tým, případové vedení, psychiatrická rehabilitace, psychóza, schizofrenie

Key words

social worker, community care, multidisciplinary team, case management, psychiatric rehabilitation, psychosis, schizophrenia

Abstrakt

Tato bakalářská práce má za cíl zjistit a porovnat pracovní náplň sociálních pracovníků v komunitních a nekomunitních službách pro lidi s psychotickým duševním onemocněním. Je rozdělena do dvou částí. V teoretické části jsou pomocí odborné literatury charakterizovány psychotická duševní onemocnění, ústavní a komunitní péče a sociální pracovník, který pracuje s lidmi s psychotickým duševním onemocněním. Empirická část se věnuje výzkumu pracovní náplně sociálních pracovníků, kteří pracují v oblasti sociální práce s lidmi s duševním onemocněním, a to konkrétně v nestátní neziskové organizaci, v centru duševního zdraví, psychiatrické nemocnici a v domově se zvláštním režimem.

Abstract

This bachelor thesis aims to identify and compare the workload of social workers in community and non-community services for people with psychotic mental illness. It is divided into two parts. In the theoretical part, psychotic mental illnesses, institutional and community care and a social worker who works with people with psychotic mental illness are characterized with the help of professional literature. The empirical part is devoted to the research of the workload of social workers who work in the field of social work with people with mental illness, specifically in a non-governmental non-profit organization, a mental health center, a psychiatric hospital and a home with a special regime.

Seznam zkratk

CARe - Komplexní přístup k rehabilitaci (z aj „Comprehensive Approach to Rehabilitation“)

CDZ - centrum duševního zdraví

DPS - dům s pečovatelskou službou

DZR - domov se zvláštním režimem

MKN - mezinárodní klasifikace nemocí

NNO - nestátní nezisková organizace

PN - psychiatrická nemocnice

Obsah

Úvod	9
1 Charakteristika psychotických onemocnění	10
1.1 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy	11
1.2 Afektivní psychózy.....	13
2 Komunitní a ústavní péče pro lidi s duševním onemocněním.....	17
2.1 Charakteristika ústavní péče.....	17
2.2 Charakteristika komunitní péče	18
2.3 Formy nekomunitních služeb	19
2.4 Formy komunitních služeb	20
3 Metody a přístupy komunitní péče.....	22
3.1 Case management	23
3.1.1 Modely case managementu.....	23
3.1.2 Zásady case managementu.....	25
3.1.3 Fáze case managementu.....	26
3.2 Psychiatrická rehabilitace v konkrétních oblastech podpory.....	26
3.2.1 V oblasti bydlení.....	26
3.2.2 V oblasti práce	27
3.2.3 V oblasti vzdělávání.....	29
3.2.4 V oblasti volného času	30
4 Sociální pracovník při práci s lidmi s psychotickým duševním onemocněním	31
4.1 Potřebné kompetence.....	31
4.2 Role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu	32
4.3 Činnosti sociálních pracovníků	33
5 Metodologie výzkumu.....	35
5.1 Cíl výzkumu	35
5.2 Výzkumné otázky	35
5.3 Metoda výzkumu	35
5.4 Výběr výzkumného souboru.....	36

5.5	<i>Charakteristika výzkumného souboru</i>	36
5.6	<i>Technika a průběh sběru dat</i>	37
6	Analýza a interpretace dat	38
6.1	<i>Pracovní náplň sociálních pracovníků pracujících v nestátní neziskové organizaci</i>	38
6.2	<i>Pracovní náplň sociálních pracovníků pracujících v centru duševního zdraví</i>	39
6.3	<i>Pracovní náplň sociálních pracovníků pracujících v psychiatrické nemocnici</i>	39
6.4	<i>Pracovní náplň sociálních pracovníků pracujících v domově se zvláštním režimem</i>	40
6.5	<i>Shrnutí</i>	40
	Závěr	42
	Seznam použité literatury	43
	Seznam tabulek	46

Úvod

V posledních letech se dostává do popředí problematika psychiatrické péče. Cílem reformy je vytvořit dostupnou a vzájemně provázanou meziresortní soustavu služeb, která by napomáhala předcházet dlouhodobým hospitalizacím. Spolu s reformou psychiatrie přichází v oblasti duševního zdraví nové trendy. Jedním z nich je komplexní přístup a tvorba multidisciplinárních týmů, které propojují oblasti psychiatrie, psychologie a sociální práce. Toto nové pojetí dokáže lépe naplňovat biopsychosociální potřeby lidí s duševním onemocněním a přispívá tak ke zlepšení jejich kvality života. S tím souvisí odklon od institucionalizace a zaměření se na co nejlepší možné fungování lidí se zkušeností se závažným duševním onemocněním v běžném životě.

Přestože postupně vzniká síť nových služeb a snižuje se počet lůžek v institucionálních zařízeních, psychiatrické nemocnice jsou zapotřebí. Byť jsou institucí, i v nich lze dosáhnout nového pojetí psychiatrické péče. Změna systému je však dlouhodobý proces vyžadující velké úsilí všech zúčastněných.

Mým záměrem bylo zjistit a porovnat pracovní náplň sociálních pracovníků, kteří pracují s lidmi s psychotickým duševním onemocněním v komunitních a institucionálních zařízeních. Téma práce vzniklo na základě osobních zkušeností s touto cílovou skupinou. Díky možnosti pracovat v komunitní službě mě začalo více zajímat, jak to funguje v institucionálním typu služeb.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí. Teoretická část ve stručnosti popisuje psychotická duševní onemocnění, uvádí do problematiky komunitních a institucionálních služeb, věnuje se komunitnímu přístupu v sociálních službách pro lidi s psychotickým duševním onemocněním a charakterizuje sociálního pracovníka v těchto službách. Praktická část vychází z kvalitativního výzkumu a zaměřuje se na pracovní náplň sociálních pracovníků v komunitních a nekomunitních službách. Popisuje agendu, jež má na starosti sociální pracovník v nestátní neziskové organizaci, v centru duševního zdraví, v psychiatrické nemocnici a v domově se zvláštním režimem.

1 Charakteristika psychotických onemocnění

Psychózou se označuje skupina závažných duševních onemocnění, jež jsou charakterizována značnými poruchami myšlení, vnímání a afektivity. Doslovně jí lze přeložit podle řeckého původu slova jako nemoc duše – vychází ze slova „psyché“ (duše) a koncovky „-óza“, která se používá pro vymezení pojmu „nemoc“. [Doubek, 2010]

Psychotické onemocnění významně deformuje to, jak člověk vnímá sám sebe ale i okolní svět. Při psychotickém onemocnění je afektivita nepřiměřená nebo oploštělá. Nálada bývá skleslá. Charakteristická je pasivita, která se může jevit jako lenost. Myšlení člověka, který onemocněl psychózou, je roztržité až inkoherentní. Postrádá souvislosti a logický sled jednotlivých myšlenek, často vůbec nedává smysl. Bývá narušený filtr třídění informací, pacientovi se zdá, jako by řada z nich měla stejnou důležitost. Je pro něj obtížné rozlišit, co je podstatné, a soustředit se na to. Obvyklé jsou i zárazy v toku myšlenek. Nemocný někdy může mít pocit, že mu někdo myšlenky z hlavy odnímá, někdy se naopak domnívá, že mu někdo myšlenky do hlavy vkládá, ovlivňuje je anebo že jeho myšlené úvahy slyší i ostatní. Intelekt a jasné vědomí bývají zachovány.

Nejvýznamnější poruchou myšlení u psychóz jsou bludy. Bludné uvažování „*lze definovat jako mylné přesvědčení vzniklé na chorobném podkladě, jemuž nemocný nevývratně věří a které může mít patický vliv na jeho jednání.*“ [Vágnerová, 2012, str. 64] Podle obsahu je možné je třídit do tří kategorií: depresivní, expanzivní a paranoidní bludy.

Typickým projevem poruchy vnímání je přítomnost halucinací. Halucinace je šalebný vjem, který vzniká nezávisle na vnějším podnětu a o kterém je nemocný nevývratně přesvědčen. Halucinace se dělí na simplexní a komplexní. Simplexní halucinace jsou různé záblesky a jednoduché zvuky, např. rány, smích nebo nárek. Komplexní halucinace jsou celkové klamné vjemy a mohou se pojít se všemi smysly. Mohou být auditivní (sluchové), vizuální (zrakové), olfaktorické (čichové), gustatorické (chuťové), viscerální (pocit orgánových změn), motorické (pocit, že se pohybuje, domněnka, že může létat apod.), intrapsychické (pocit vkládání nebo odnímání myšlenek) aj.

Doubek dělí psychózy do tří základních skupin:

- organické psychózy, které jsou způsobeny zjizvitelným poškozením mozkové tkáně;

- toxické psychózy, které jsou způsobeny vlivem nějaké chemické látky, např. LSD;
- funkční psychózy, které na počátku neprovází žádné zjistitelné poškození nebo ovlivnění činnosti mozkové tkáně. [Doubek, 2010, str. 9]

V této práci se dále budu věnovat funkčním psychózám. Mezi ně patří schizofrenie, akutní a přechodné polymorfní psychotické poruchy, porucha s bludy, schizoafektivní porucha a schizotypální poruchy. Mezi psychózy se řadí i afektivní poruchy s psychotickými symptomy - bipolární afektivní porucha a periodické deprese s psychotickými příznaky.

1.1 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy

Schizofrenie

Schizofrenie vzniká v rozmezí 15 – 35 let, u žen o něco později než u mužů. Postihuje přibližně 1% populace, a to bez ohledu na pohlaví, příslušnost k rase, kultuře nebo zemi. [Vágnerová, 2012, str. 334]

Příčiny vzniku schizofrenie jsou multifaktoriální. Nejsou jednoznačně určeny, nejspíš jde o kombinaci dědičných predispozic, vývojově podmíněných změn a vnějších vlivů. Za vyvolávající podněty lze považovat stresující události v životě jedince – např. odloučení od rodiny, odmítnutí partnerem, neúspěch, smrt blízkého člověka, ale i nová role (změna školy, nástup do zaměstnání atp.). Dalším častým spouštěčem onemocnění bývá užívání omamných látek.

Před samotným propuknutím nemoci se objevují tzv. prodromy. Častými příznaky, které předcházejí projevům akutní fáze onemocnění, jsou pasivita, uzavřenost a snížení sociálních kontaktů, člověk může působit introvertně. Obvyklé jsou poruchy spánku, poruchy pozornosti, pocity slabosti, různé neurčité bolesti a únava. Mezi další příznaky patří hloubání nad detaily, pocit, že vše má svůj skrytý smysl, vztahovačnost, podrážděnost, úzkost, neklid nebo nové zaujetí vírou či okultismem a také pocit významnosti (popř. vyvolenosti). Tyto prvotní symptomy se objevují v dospívání nebo rané dospělosti, proto jsou mnohdy považovány a tolerovány jako normální chování adolescentů.

Schizofrenie má mnoho různých podob, které se projevují odlišně. V typologii podle Bleulera se rozlišují čtyři základní typy – paranoidní, hebefrenní, katatonní a simplexní schizofrenie.

V MKN – 10 je navíc ještě schizofrenie nediferencovaná a residuální. Charakteristické je pro toto duševní onemocnění chronické narušení myšlení a vnímání, porucha emotivity a osobnostní integrity. K rozvoji nemoci dochází pozvolně. Postupně se utváří bludy a halucinace a člověk se začíná chovat podivínsky. Schizofrenie probíhá nejčastěji v atakách, po nichž dochází k remisím s reziduem. Pro diagnostikování nemoci musí níže uvedené příznaky trvat alespoň měsíc.

V akutní fázi onemocnění jsou typickými znaky bludy a halucinace, poruchy dynamiky myšlení (myšlenkový záraz nebo naopak myšlenkový trysk), nesouvislý způsob uvažování a vyjadřování, neschopnost odlišovat důležité od nepodstatného, narušení orientace v realitě, sociální stažení, oploštělost v emocích a celková změna chování v podivné. Nemocnému schizofrenií chybí patřičný náhled na jeho onemocnění.

Při chronickém průběhu nejčastěji zůstává zpomalenost, únava a nevykonnost, pasivita, citová oploštělost, zpomalenost a chudost myšlení, ztráta zájmu, vůle a motivace, nezájem (a neschopnost) navazovat či udržovat sociální kontakty, pokles péče o sebe sama a úpadek celkového sociálního chování. [Vágnerová, 2012, str. 344]

Akutní a přechodné psychotické poruchy

Pokud mají psychotické příznaky jasnou příčinu v nadměrné stresové události, po jejímž skončení rychle odezní, může se jednat o některou z přechodných psychotických poruch. Ty se vyznačují kromě bludů a halucinací vzrušenou emotivitou, silnou úzkostí a strachem nebo euforickými prožitky.

Typickým zástupcem těchto poruch je **akutní polymorfni psychotická porucha**. Vzniká náhle a odeznívá v rámci jednoho týdne. Bludy a halucinace jsou nestálé, mohou se měnit i během hodin. Dochází k emoční bouři a prudkým poruchám chování, ale příznaky význačné pro schizofrenii jsou pouze v náznaku. Pokud se vyskytnou symptomy schizofrenie, jde o **schizoformní poruchu**. Ta se od schizofrenie odlišuje pouze velmi krátkým trváním.

Trvalá porucha s bludy

Porucha, jejímž hlavním znakem jsou do detailů promyšlené bludy. Jiné psychotické známky se ale neobjevují. Nemocný většinou lpí na přesné, doslovné formulaci faktů v souvislostech, kterým dává význam podporující jeho blud.

Schizoafektivní porucha

Při schizoafektivní poruše se současně objevují jak příznaky schizofrenní psychózy, tak afektivních poruch. Charakteristické jsou bludy, halucinace, poruchy chování a poruchy nálady – buď velmi euforická nebo naopak depresivní.

Rozvíjí se mezi 20. – 30. rokem, častěji u žen než u mužů. Její vznik ovlivňuje mnoho faktorů, jak dědičných, tak exogenních. Mnohdy probíhá v epizodách, které se střídají s bezpříznakovým obdobím.

Schizotypní porucha

Schizotypní porucha je podobná schizofrenii, avšak psychotické příznaky se objevují v mírnějších podobách. Typické je pro ni iluzivní a magické myšlení, podezřívavost a neschopnost navazovat či udržovat mezilidské vztahy. Nemocní působí velmi podivínsky.

1.2 Afektivní psychózy

Pro afektivní psychózy je charakteristická chorobná nálada neodpovídající skutečné životní situaci a bludné symptomy. To společně výrazně ovlivňuje uvažování a jednání nemocného a jeho somatické funkce. Podle povahy emočního ladění se odlišují dva typy – depresivní poruchy a manické poruchy. V případě, že se různým způsobem tyto dva typy střídají v epizodách, jedná se o bipolární poruchu.

Afektivní poruchu zažije alespoň jednou za život 25% populace. [Vágnerová, 2012, str. 370] Jejich vznik je podmíněn mnoha faktory – vliv mají dědičnost, tak i psychosociální faktory. Za vyvolávající podněty lze považovat různé zátěžové situace v životě jedince. Na rozvoj nebo trvání afektivní poruchy mají vliv i klimatické podmínky - v případě depresivního syndromu, se častěji vyskytuje v zemích, kde je méně světla a více chladu.

Depresivní syndrom

Depresivní porucha je jedno z nejčastějších duševních onemocnění. Rozvíjí se většinou mezi 20. – 40. rokem a postihuje častěji ženy než muže.

Hlavním příznakem je přetrvávající depresivní nálada, která není vázaná na konkrétní situaci. Člověk nedokáže běžným způsobem emočně reagovat, deprese deformuje všechny emoce.

V prožívání je sklon k pocitu úzkosti, viny, beznaděje a zoufalství. Působí ke všemu a všem lhostejně, může u něj dojít až k tzv. afektivnímu stuporu (úplná ztráta schopnosti emočně prožívat). Dalším příznakem je negativní automatické myšlení. Nemocný má tendenci vidět svět katastroficky, situace jsou pro něj černobílé a má sklon přeceňovat svoje chyby. Tento negativní postoj zahrnuje i hodnocení vzpomínek a zkušeností a očekávání budoucího. Dochází k celkovému zpomalení a útlumu psychických procesů a psychomotorického tempa. Člověk se nedovede soustředit, připadá si unavený a má potíže se vzpomínáním, jeho projev je pomalý, tichý a monotónní. Pokud prožívá úzkost a neklid, může dojít k psychomotorické agitovanosti (zvýšená aktivita určitého typu, napětí a neklid). Dále dochází k útlumu potřeb i volní aktivity. Nemocný se nedokáže rozhodovat, něco plánovat, ztrácí o vše zájem. Může se objevovat i sebepoškozující tendence a sebevražedné jednání. Depresivní ladění významně ovlivňuje nejen jednání, ale i celkovou osobnost člověka. Zhoršuje se sebehodnocení, nemocný má silné pocity méněcennosti, neschopnosti a viny.

U 8 – 15% nemocných depresí se vyskytují i bludné symptomy. Mohou se objevovat i halucinace, které podporují bludné prožívání. Obsah bludů vždy souvisí s nízkým sebehodnocením, pocitem viny a pocitem ohrožení. Vágnerová uvádí těchto šest typů bludů:

- Mikromanický (pocit bezvýznamnosti, bezcennosti, ubohosti)
- Hypochondrický (pocit, že trpí nevyléčitelnou nemocí, tělesné stesky)
- Autoakuzační (nepřiměřený pocit viny, neodůvodněné sebeobviňování)
- Perzekuční (pocit, že zasluhuje potrestání)
- Blud chudoby (pocit, že mu a jeho rodině hrozí bída a hlad)
- Nihilistický (pocit, že přestane existovat svět)

Někdy se deprese může transformovat do somatických potíží. Utlumené fyziologické procesy mohou vést ke ztrátě chuti k jídlu, k pohybu, opadá i potřeba sexuálního uspokojení. Nemocný může pociťovat různé tělesné potíže, např. pocit svírání na hrudi, pocit tísně, bušení srdce, bolesti hlavy, bolesti břicha, závratě, zažívací obtíže, poruchy spánku, aj. V případě, že somatické potíže jsou hlavními znaky, může se jednat o tzv. larvovanou depresi.

Manický syndrom

Manická porucha se objevuje mezi 25. – 30. rokem. Málokdy se vyskytuje jako porucha samostatně, většinou je součástí bipolární afektivní poruchy nebo schizoafektivní poruchy.

Hlavním příznakem je chorobná povznesená nálada spojená s hyperaktivitou, expanzivitou a rozjařeností. Člověk je nekritický a přehnaně optimistický. Optimistický postoj zahrnuje i minulost a budoucnost. Dochází k celkovému zrychlení psychických procesů. Nemocný se snadno soustředí, ale jeho pozornost upoutají i bezvýznamné podněty, a proto je roztěkaná a povrchní. Myšlení je velmi rychlé, často však chybné a nepřesné. Nemocnému většinou nestačí slova, projev působí inkohrentně. Mluví rychle a hlasitě. Zrychlení psychomotorického tempa vede k nadměrné aktivizaci. Nemocný nemá na své onemocnění náhled, má pocit, že všechno zvládne, a ke všemu má silnou motivaci. Velmi se přeceňuje, nedokáže odhadnout riziko a nebezpečí a má pocit, že vše dělá dobře. Ztrácí standardní sociální zábrany a je neschopný pociťovat vinu, tu v případě potíží svaluje na své okolí. Hyperaktivita může vést k podrážděnosti.

Bludné symptomy jsou výrazně ovlivněny manickým laděním. Nejčastějšími bludy jsou megalomanský, kdy je nemocný přesvědčen o své významnosti, a paranoidní a reformační blud, při němž má nemocný pocit, že spasí svět.

Mezi somatické příznaky patří nadměrná chuť k jídlu, na jídlo však nemocný nemá čas, nemá příliš potřebu spát, a přesto se cítí svěží, a má zvýšený sexuální apetit.

Afektivními psychotickými poruchami jsou bipolární afektivní porucha a periodická depresivní porucha.

Bipolární afektivní porucha

Významnou poruchou nálady je bipolární afektivní porucha. Postihuje zhruba 1% populace. Vzniká nejčastěji mezi 25. – 30. rokem. Hlavním příznakem jsou nepřiměřené výkyvy nálad, v epizodách se střídá mánie a deprese. Jednotlivé fáze obvykle trvají několik 3 – 6 měsíců a střídají je bezpříznaková období.

Během mánie nemocný zažívá euforii, ztrácí přiměřený náhled a sociální zábrany. Je hyperaktivní a má nepřiměřeně velké sebevědomí. V důsledku mánie nadměrně utrácí peníze, je sexuálně promiskuitní a jeho podrážděnost a výbušnost může vést k narušení mezilidských vztahů. Při mánii hrozí vyčerpání organismu.

Naopak bipolární deprese nemocného utlumí. Ze špatné nálady se pozvolna dostává do těžké deprese. Příznaky jsou nechut' do života, pocity méněcennosti, ztráta zájmu a vůle, sebeobviňování a myšlenky na sebevraždu či tendence sebepoškozování a sebevražedné jednání.

Periodická depresivní porucha s psychotickými příznaky

Tato porucha může připomínat bipolární poruchu, avšak nevyskytuje se u ní mánie. Je charakterizována periodickým opakováním epizod deprese, které střídají remise většinou bez rezidua. Obvykle se objevuje po 50. roce, častěji se vyskytuje u žen než u mužů. Za vyvolávající podnět se většinou považuje závažná stresující událost v životě jedince. Příznaky jsou popsány výše (viz. depresivní syndrom).

2 Komunitní a ústavní péče pro lidi s duševním onemocněním

V současné době je psychiatrická péče v České republice organizována do několika odvětví. Pro neodkladnou, krátkodobou hospitalizaci slouží akutní lůžková péče. Jejím smyslem je poskytnout možnost péče v případě nového objevení se příznaků nebo jejich znovu-vzplanutí. Je tvořena psychiatrickými nemocnicemi, psychiatrickými odděleními v rámci nemocnic a psychiatrickými klinikami v rámci fakultních nemocnic.

Dlouhodobou péči o lidi s duševním onemocněním představuje ústavní, ambulantní, intermediální a komunitní péče. Ambulantní péče je taková forma služby, kdy pacient/ klient do zařízení, které ji poskytuje, dochází. Mohou ji zajišťovat jak zdravotníci, např. ordinace ambulantních psychiatrů, tak i sociální pracovníci. Ústavní – následnou lůžkovou péči poskytují kromě psychiatrických nemocnic a oddělení v nemocnicích i někteří poskytovatelé sociálních služeb, kteří provozují lůžková zařízení s psychiatrickým oddělením. Intermediální péče se v mnohém překrývá s komunitní péčí. Umožňuje přechod z hospitalizace do obvyklého života a je realizována především denními stacionáři, domácí péčí a krizovými centry. Komunitní péče působí v komunitě, tzn. mimo nemocnici a má za cíl poskytovat nemocným pomoc a podporu, aby mohli žít v běžném životě co nejuspokojivějším způsobem.

V následujících řádcích blíže specifikuji ústavní (lůžkovou) a komunitní péči o lidi s duševním onemocněním.

2.1 Charakteristika ústavní péče

Pojmem „ústavní péče“ pro účely této práce rozumím následnou lůžkovou péči v psychiatrických nemocnicích a péči poskytující v domovech se zvláštním režimem či obdobným typem služby. Rysem ústavní péče je dlouhodobé odtržení nemocného od jeho přirozeného prostředí.

Dlouhodobá následná lůžková péče je určena pro nemocné, jejichž stav je již stabilizovaný, ale vzhledem na jejich funkčnost neumožňuje propuštění do ambulantní formy péče. Pacienti většinou trpí chronickým onemocněním, které lze jen těžko medicínsky ovlivnit. V důsledku psychických potíží nejsou schopni se sami o sebe postarat a potřebují každodenní pomoc nebo dohled druhé osoby. Často jsou na lůžkových odděleních umístěni i lidé ze sociálních důvodů – ti, kteří nemají vlastní sociální zázemí a síť sociálních kontaktů.

V lůžkových zařízeních je poskytována komplexní péče – jak zdravotní, tak sociální. Nabízí mimo lékařského dohledu i sociální poradenství a sociálně terapeutické činnosti. Nicméně ošetřování funguje podle zavedeného režimu. Dlouhodobé hospitalizace proto tedy mohou vést k narušení či ztrátě schopnosti orientovat se v běžném životě. To je jedním z důvodů, proč se v posledních letech směřuje k deinstitucionalizaci, snižuje se počet lůžek v psychiatrických léčebnách a dochází k přechodu k tzv. komunitní péči.

Dalším znakem ústavní péče je prostorové vyloučení. Většina těchto institucí vznikala od poloviny 19. století do poloviny 20. století a byly lokalizovány na odlehlých místech a okrajích měst, aby nemocné izolovala a ochránila je tak před společností a společnost před nimi.

2.2 Charakteristika komunitní péče

O komunitní péči pro lidi s duševním onemocněním se v souvislosti s reformou psychiatrie mluví zhruba v posledních dvaceti letech. Za tuto dobu existuje řada definic komunitní péče pro lidi s duševním onemocněním. Probstová a Pěč ji uvádějí následovně: *„Komunitní péče je široký soubor služeb, programů a zařízení, jehož cílem je pomoci lidem s duševní poruchou žít co nejvíce v podmínkách běžného života, subjektivně co nejuspokojivějším způsobem tak, aby mohly být co nejvíce uspokojeny jejich zdravotní, psychologické a sociální potřeby.“* [Probstová, Pěč, 2014, str. 184 – 185]

Myšlenkou komunitní péče je využití přirozených zdrojů pomoci a podpory k maximálnímu možnému sociálnímu začlenění. Orientuje se nejen na odstranění symptomů, ale spíš na potenciál klienta a na posílení jeho zdravých stránek a rozvoj jeho funkční kapacity. Zaměřuje se více na prostředí a podmínky, ve kterých nemocný žije. Snaží se o posílení důstojnosti a občanských práv. Zásadním principem komunitního přístupu v péči je fakt, že expertem na svou nemoc je především sám nemocný, který se má podílet na plánování jednotlivých služeb. Spolupráce mezi profesionály a nemocným je týmová. Důležitou zásadou komunitní péče je rovnost a partnerství mezi pacientem a lékařem či jiným odborníkem.

Komunitní psychiatrii charakterizují multidisciplinární týmy sestavené z psychiatrů, psychiatrických sester, psychologů, sociálních pracovníků, ergoterapeutů a psychoterapeutů. Smyslem spolupráce tolika odborníků je co nejvíce možné uspokojení potřeb pacienta. Dalším

charakteristickým znakem je regionalizace služeb. Komunitní služby by měly být poskytovány co nejbližší přirozenému prostředí a sociální síti pacientů. Krátká vzdálenost k domovům usnadňuje spolupráci s pacienty a propojenost mezi jednotlivými službami. Významným rysem je flexibilita služby – přizpůsobuje se pacientovým aktuálním potřebám a tím je schopen v případě krize zasáhnout i v jejím místě nebo v domácím prostředí pacienta. Služby komunitní psychiatrie dbají na dodržování občanských práv a důstojnosti pacientů, jsou proaktivní a mají asertivní charakter.

Typickými formami komunitních služeb jsou krizové služby, denní stacionáře, centra duševního zdraví a jiné multidisciplinární týmy, avšak komunitní péče zahrnuje všechny typy péče, a to včetně lůžkové – nicméně v pozmeněné roli.

2.3 Formy nekomunitních služeb

Mezi institucionální formy služeb se řadí lůžka následné péče v psychiatrických nemocnicích. Velmi podobnou roli však mohou plnit i domovy se zvláštním režimem anebo domovy pro seniory, které mají specializované psychiatrické oddělení.

Přestože to jsou zařízení značně režimová, i v nich lze dosáhnout cílené rehabilitace a v případě následné lůžkové péče v psychiatrických léčebnách nemocné připravit na přechod a znovuzačlenění do jeho původního sociálního prostředí. Domovy se zvláštním režimem a domovy pro seniory by měly dbát na uchování klientových schopností a důstojnosti po co nejdelší možnou dobu, byť se nepředpokládá, že by se nemocný vrátil ke svému předešlému způsobu života.

Mezi stěžejní rehabilitující prvky patří smysluplný režim v rozumné míře, například terapeutické skupiny, dále aktivizující činnosti (besedy, kluby a jiné kulturní akce), pestrá zajímavá pracovní terapie a ergoterapie a nácvik sociálních dovedností. Na lůžkách následné péče jsou významně pomáhající propustky, které mají za úkol připravit pacienta na odchod domů. [Valentová In: Mahrová a kol., 2008, str. 130]

2.4 Formy komunitních služeb

Denní stacionáře

Denní stacionáře pro lidi s psychotickým duševním onemocněním jsou zdravotnická zařízení, které mají za cíl doplňovat nebo nahrazovat léčbu na lůžku a motivovat klienta ke snaze pracovat na sobě. Hlavní náplní je psychotherapeutický program, pomocí něž se snaží zamezit zhoršení zdravotního stavu pacienta a v ideálním případě zcela zastavit rozvoj psychických obtíží, dále také napomáhají reflektovat klientovy vlastní potřeby a rozpoznávat hlubší souvislosti psychických potíží. Klienta edukují o jeho onemocnění, trénují s ním jeho kognitivní funkce, nacvičují sociální a komunikační dovednosti a připravují ho na přechod z hospitalizace do běžné denní zátěže.

Krizové služby

Krizové služby jsou prováděny metodou krizové intervence. Jejím principem je poskytnutí rychlé a efektivní pomoci při krizových stavech. Krizové služby se dělí na zdravotní, sociální a zdravotně-sociální. Zdravotní krizové služby jsou poskytovány v rámci nemocnic, psychiatrických a psychologických ambulancí. Sociální krizovou pomoc nabízejí poskytovatelé sociálních služeb, většinou nestátní neziskové organizace. Zdravotně – sociální krizovou službou je např. krizová péče v rámci CDZ.

Mezi krizové služby patří telefonické krizové intervence (např. linky důvěry, specializované linky), krizová centra, krizová lůžka a mobilní krizový terénní tým. Telefonické krizové služby jsou snadno dostupné, bezbariérové, rychlé a anonymní. Krizová centra mohou poskytnout jak telefonickou krizovou intervenci, tak osobní konzultace, případně i krátkodobý pobyt na krizovém lůžku. Ten zpravidla bývá časově omezen, většinou na cca 5 dní. Mobilní krizový terénní tým je schopen zasáhnout přímo v místě krize, jeho pomoc je bezodkladná a pro klienta dostupná. Díky včasné intervenci se může předejít hospitalizaci.

Pro lidi s psychotickým duševním onemocněním bývá krize častou součástí života, i přesto je jen málo specializovaných krizových služeb. V případě krize se mohou obrátit na všeobecné krizové služby, např. na Linku důvěry, RIAPS nebo Centrum krizové intervence v Psychiatrické léčebně Bohnice, nebo na specializované služby pro lidi s psychózami, jež jsou např. Krizová služba Fokus nebo krizové oddělení DPS Ondřejov. [Foitová, Lorenc, 2009]

Centra duševního zdraví a jiné multidisciplinární týmy

Centra duševního zdraví jsou multidisciplinární týmy, které poskytují terénní i ambulantní služby pro lidi se závažným duševním onemocněním, a to převážně v běžném prostředí klienta. Propojují zdravotní a sociální péči. Cíle CDZ i ostatních komunitních týmů jsou podpora klienta na jeho cestě k zotavení, prevence hospitalizace nebo jejich zkracování, včasná diagnostika a zahájení léčby a podpora znovu zapojení dlouhodobě hospitalizovaných do běžného režimu života. Tým se skládá z psychiatra, psychologa, psychiatrické sestry nebo všeobecné sestry, sociálního pracovníka a peer pracovníka (osoba s vlastní zkušeností s duševním onemocněním). Dalšími členy týmů mohou být pracovní konzultant a specialista na práci s lidmi s duální diagnózou.

Základními principy, jimiž se CDZ řídí, jsou multidisciplinarita týmu, která přináší různé úhly pohledu a specifické znalosti jednotlivých odborníků, využívání zdrojů komunity, práce s klientovou rodinou, dále péče bez čekací doby a spolupráce s dalšími službami. Mezi základní rysy patří spádovost služby, na jedno CDZ by měla připadat oblast definovaná 60 000 – 140 000 obyvateli, služby centra duševního zdraví jsou tedy regionálně dobře dostupné. Významným prvkem je peer podpora, kdy osoba s vlastní zkušeností s duševním onemocněním pomocí sdílení svého příběhu a zkušeností otevírá téma naděje a podporuje tak klienta na jeho cestě k zotavení.

3 Metody a přístupy komunitní péče

V této kapitole se zabývám psychiatrickou rehabilitací. Psychiatrická rehabilitace je termín shrnující široké spektrum metod a přístupů používaných v péči o lidi se závažným duševním onemocněním za účelem zvýšení jejich schopností a dovedností tak, aby byli úspěšní a spokojení v prostředí, které si sami vyberou, s co nejmenší mírou kontinuální podpory profesionálů. [Anthony a kol., 2002] Společnými charakteristikami intervencí, jež řadíme do psychiatrické rehabilitace, jsou posilování schopností a dovedností klienta, pomoc s pochopením nemoci a jejím přijetím jakou součástí života a také snaha využívat možnosti prostředí. Psychiatrická rehabilitace je zaměřena na zlepšení dovedností zejména v oblasti bydlení, práce a vzdělávání. Lze do ní zařadit i case management.

Rozlišují se tři základní odvětví psychiatrické rehabilitace:

1. Bostonský směr, který klade důraz na rozvoj schopností a učení klienta, hlavním představitelem je W. Anthony.
2. Los Angeleský směr, jenž se zaměřuje na pochopení nemoci, objevení stresových faktorů, které vyvolávají zhoršení, a snaží se pomoci naučit se s nemocí žít. Reprezentuje ho R. P. Liberman.
3. Britský model, který se orientuje na prostředí a snaží se využívat jeho potenciál. Tento model představují G. Shepherd a D. Bennett.

Bostonská škola rozlišuje tři fáze psychiatrické rehabilitace – diagnostickou fázi, plánování a intervenční fázi. Některé zdroje uvádí ještě čtvrtou fázi – vyhodnocování. Vyhodnocení intervencí vede znovu k diagnostické fázi, a tím dochází k zacyklení rehabilitačního procesu.

Diagnostická fáze

Diagnostická fáze začíná zjišťováním připravenosti klienta ke změně. Klient musí být ke změně motivován, musí cítit potřebu změny a být způsobilý převzít zodpovědnost. V případě nedostatečné připravenosti se plánují intervence na její vývoj. Pokud je klient připravený, přichází na řadu určení obecného cíle rehabilitačního procesu. Po jeho svolení dochází k mapování klientových dovedností a zdrojů podpory. Vyhodnocuje se, které dovednosti a zdroje na cestě za dosažením obecného cíle lze použít a které je třeba ještě rozvíjet.

Plánování

Na základě zjištěných informací v diagnostické fázi pracovník s klientem naplánují konkrétní kroky pro rozvoj dovedností i rozvoj zdrojů okolí. V plánu je jasně vymezeno, kdo, co, kde a do kdy má udělat. Často bývá v plánu zahrnuto více osob, vzniká tak tým, který se společnými silami snaží dosáhnout cíle.

Intervenční fáze

V intervenční fázi se plány mění v praxi. Jde o samotný rozvoj dovedností klienta a zdrojů podpory. Dovednosti se rozvíjejí jejich nácvikem v chráněném prostředí, jejich programováním v přirozeném prostředí nebo jejich přímým nácvikem v prostředí, kde je klient potřebuje používat. Rozvoj zdrojů podpory probíhá buď jejich koordinováním či modifikací. Koordinace zdrojů znamená navázat rehabilitovanou osobu na již existující zdroj, modifikace zdrojů je přizpůsobování existujícího zdroje tak, aby lépe splňoval potřeby rehabilitované osoby. [Pěč, Probstová, 2009]

Vyhodnocování

Poslední fází je zhodnocení toho, zda se cíle podařilo či nepodařilo dosáhnout. Vyhodnocení výsledků přivádí opět k diagnostické fázi a plánování nových intervencí.

3.1 Case management

Case management je metoda sociální práce, bývá překládána jako případové vedení. Existuje řada definic, které pojem vymezují, a jejich různá pojetí jsou odlišná. V kontextu duševního zdraví Stuchlík case management popisuje jako „*metodu koordinace služeb a způsob práce s lidmi, jimž závažné duševní onemocnění způsobuje potíže v řadě oblastí života*“ [Stuchlík in Pěč, Probstová, 2009]. Onyett case management definuje jako způsob přizpůsobení pomoci při plnění individuálních potřeb přenesením zodpovědnosti za koordinaci služeb na jednotlivého klíčového pracovníka nebo tým. Podle jeho rozdílných charakteristických znaků jej lze rozdělit na několik modelů.

3.1.1 Modely case managementu

Brokerský model

Brokerský model se soustředí pouze na koordinaci služeb. Pracovník má 40 i více klientů. Nevyžaduje se u něj navazování intenzivního vztahu s klientem, ani multidisciplinarita týmu

nebo asertivní kontaktování. Tento model je závislý na dostupných službách. Dnes v praxi s lidmi s duševním onemocněním nepoužívá.

Klinický case management

Klinický model se zaměřuje na příznaky a projevy onemocnění. Některé služby poskytuje sám pracovník, proto je kladem větší důraz na jeho znalosti a dovednosti, a to především z oblasti psychoterapie a psychofarmak. Case manager pracuje s klientem individuálně, ale využívá pomoci a konzultací ostatních členů týmu.

Intenzivní case management (ICM)

Intenzivní case management je uspořádáním shodný jako klinický model. Case manager část služeb sám poskytuje a část vyhledává. Na jednoho pracovníka připadá 10 – 20 klientů. Tento model se od klinického case managementu odlišuje orientací se na podporu klienta v jeho sociální síti.

Case management založený na silných stránkách klienta (SCM)

Tento model je organizačně stejný jako předchozí dva modely. Zaměřuje se, namísto ne psychopatologii, na podporu klientových schopností a dovedností. Vyhledává zdroje především v komunitě, specializované služby pro osoby s duševním onemocněním využívá jen tehdy, pokud klientovy potřeby nelze zajistit přirozenými zdroji podpory.

Asertivní komunitní léčba (ACT)

Tento „*model je určen pro menší část (odhaduje se 10–20 %) dlouhodobě duševně nemocných s nejzávažnějšími problémy.*“ [Stuchlík in Pěč, Probstová, 2009] Pro tento model jsou charakteristické velké multidisciplinární týmy. S každým klientem pracuje několik členů týmu. Tým by měl být schopný pokrýt všechny potřeby klienta, neklade se tedy důraz na zprostředkování dalších služeb. Zdůrazňuje se asertivní vyhledávání a kontaktování klientů. Důležitým rysem tohoto modelu je nepřetržitá dostupnost služby. Model ACT se řadí mezi přístupy podložené důkazy (evidence based practice) – účinnost tohoto modelu je doložená.

Flexibilní asertivní komunitní léčba (FACT)

Flexibilní asertivní komunitní léčba je nizozemskou verzí modelu ACT. Cílovou skupinu má rozšířenou i o zbývajících 80 % osob se závažným duševním onemocněním ze spádové oblasti, které momentálně nevyžadují tak intenzivní péči a podporu. Tým využívá tzv. „flexibilní

system přepínání“. O všech klientech vyžadující zvýšenou péči se denně radí a pracuje s nimi v režimu sdílení případu. Tito klienti jsou vypsáni na zvláštní tabuli, tzv. FACT Board, a všichni členové týmu o nich mají přehled. Klientům, kteří v aktuální chvíli nepotřebují takto intenzivní přístup, je poskytován individuální case management s využitím multidisciplinární péče. Ať už se klientův stav zhorší nebo stabilizuje, pečuje o něj stále stejný tým – to zlepšuje kontinuitu péče a napomáhá možnosti zotavení.

3.1.2 Zásady case managementu

Cílem case managementu je za pomoci spolupráce case managera, klienta a pečujících dosáhnout uspokojení klientových potřeb a řešení nepříznivých situací. Pomoc by měla být včasná, bezpečná, zaměřená na klientova přání a zároveň hospodárná s ohledem na náklady na péči.

Níže popsané zásady case managementu definovali autoři Rapp a Wintersteen pro case management založený na silných stránkách klienta. Oneytt těchto šest principů považuje za obecně platné nehledě na model case managementu.

1. Zaměření na zdravé stránky klienta víc než na psychopatologii.

Klientovy individuální schopnosti, dovednosti i potíže jsou podstatnější než samotná diagnóza. Symptomy onemocnění mohou mít významný vliv, nikoli však významnější než klientovy zdravé stránky na jeho fungování v sociálních vztazích.

2. Podstatný je vztah klienta a case managera.

Čím více bude vztah case managera a klienta partnerský, tím více bude pomoc odpovídat skutečným klientovým potřebám.

3. Intervence jsou založeny na klientově rozhodnutí.

Case manager by měl respektovat a zohledňovat klientovy volby kdykoli je to možné. Nicméně se může dostat do situace, která je v rozporu s klientovým přáním, ale v jeho prospěch (např. nedobrovolná hospitalizace v případě, kdy je klient sám sobě či okolí nebezpečný). Těmto situacím by se měl case manager snažit předejít např. vytvořením plánu řešení krize předem spolu s klientem.

4. Asertivita intervencí.

Je důležité nespoléhat na to, že klient vyhledá pomoc sám. Case manager by měl mít dobrý přehled o klientově situaci a pomoc nabízet, pokud je jí třeba.

5. Terapeutický optimismus

I lidé s dlouhodobým a závažným duševním onemocněním se mohou měnit, učit, zlepšovat a je třeba je v tom podporovat.

6. Komunita je zdrojem podpory.

V první řadě by se měly využívat přirozené zdroje podpory. Profesionální služby mají své místo, až pokud potřeby nelze vhodně uspokojit jinak. Společenství, ve kterém klient žije, je zdroj, nikoli překážka. [Stuchlík in Pěč, Probstová, 2009]

3.1.3 Fáze case managementu

Case management obsahuje několik fází. Ty jsou shodné s obecnými fázemi psychiatrické rehabilitace - přehled o potřebách klienta, o jeho schopnostech a dovednostech (tzn. diagnostická fáze), dále plán péče, ve kterém jsou jasně definované cíle (plánování), jeho uskutečňování (intervenční fáze), monitorování a zaznamenávání pokroku a hodnocení výsledků (vyhodnocovací fáze).

3.2 Psychiatrická rehabilitace v konkrétních oblastech podpory

3.2.1 V oblasti bydlení

Bydlení by mělo naplňovat potřeby jistoty, bezpečí, stability a soukromí. Uspokojení těchto potřeb hraje významnou roli pro zotavení. Mnoho lidí s duševním onemocněním však nezvládá fungovat v rolích s bydlením spojených (např. nájemník, soused). Po dlouhodobých nebo častých hospitalizacích se mohou vytrácet základní dovednosti pro samostatné bydlení. Stejně tomu je tak v případě, že klient žije do vysokého věku spolu s rodiči a nemá možnost se v domácnosti uplatnit. V těchto situacích potřebuje různý stupeň intenzity podpory. Rehabilitace v oblasti bydlení může probíhat v domech na půl cesty, v chráněných bytech či v podporovaném bydlení.

Chráněné bydlení

Chráněné bydlení poskytuje možnost natrénovat si základní dovednosti potřebné k samostatnému bydlení. V tom jim pomáhá terapeut/ asistent. Může být ve skupinové i individuální formě.

Domy na půl cesty

Domy na půl cesty představují komunitní formu bydlení. V jednom domě žije více klientů, kteří musejí dodržovat určitý režim. Podílejí se na úklidu, případně i na vaření. Přímo v budově jim je k dispozici terapeut. Jsou určeny pro osoby, které opouštějí institucionální léčbu nebo se osamostatňují od rodiny. Zaměřují se na nácvik sociálních dovedností. Pobyty v domě na půl cesty bývají časově omezeny.

Podporované bydlení/ podpora samostatného bydlení

Podpora samostatného bydlení je terénní služba, probíhá ve vlastním bytě klienta. V různých časových intervalech dochází asistent za klientem do jeho domácího prostředí.

3.2.2 V oblasti práce

Práce člověku dává řád, časovou orientaci a nutí do aktivity. Přináší sociální kontakty a rozšiřuje sociální rozhled lidí. Umožňuje lidem se s něčím ztotožnit a poskytuje sociální status ve společnosti. Placená práce je pro spoustu lidí hlavním zdrojem financí a je pro ně existenčně důležitá.

Pracovní rehabilitaci je možno definovat jako soubor všech aktivit, které směřují k vytvoření, udržení a rozvoji pracovních kompetencí klienta ve všech pracovních situacích a podporují ho při nalezení, získání, udržení i ukončení zaměstnání.

Pracovní rehabilitace může mít čtyři různé funkce – přípravu, adaptaci, podporu v chráněných pracovních podmínkách a podporu v běžných pracovních podmínkách. Stuchlík jednotlivé funkce pracovní rehabilitace popisuje podle autorů Michona a van Weeghela následovně:

„1. Příprava - Patří sem různé formy pracovní orientace, před-pracovní trénink či vzdělávání. Tato fáze probíhá s ohledem na budoucí pracovní začlenění klienta.
2. Adaptace - Jde především o formy mediace v pracovní rehabilitaci. Jejich záměrem je zohlednit všechny podmínky, popřípadě úpravy, které se týkají pracovního pokusu nebo krátké

praxe na vybraném místě u klientů, kteří chtějí pracovat v podporovaném zaměstnání nebo v chráněných pracovních podmínkách.

3. Podpora v chráněných pracovních podmínkách - V tomto případě je cílem vytvoření přizpůsobeného, trvalého pracovního místa a pracovních situací a dále vhodné vedení klientů, kteří nemohou pracovat v běžném pracovním procesu.

4. Podpora v běžných pracovních podmínkách - Jedná se o ambulantní vedení klientů, kteří pracují v běžných pracovních podmínkách, a (periodicky) vyžadují pomoc jako prevenci pro případný relaps. Do této funkce rovněž patří ovlivňování pracovního prostředí.“ [Pěč, Probstová, 2009]

Do pracovní rehabilitace se řadí dobrovolná práce, chráněný trh práce /sociální firma, přechodné zaměstnávání a podporované zaměstnávání. Většinou se při pracovní rehabilitaci postupuje pozvolnými, na sebe navazujícími kroky - vyhodnocení pracovních schopností, příprava na práci (včetně job clubu¹), trénink pracovních dovedností, pracovní místo na chráněném trhu práce, přechodné zaměstnávání, nalezení zaměstnání na volném pracovním trhu, podpora v zaměstnání.

Dobrovolná práce

Dobrovolná práce umožňuje hledání klientových pracovních kompetencí a nácvik základních pracovních návyků. Klient si může volit délku pracovní doby, frekvenci docházky nebo typ činnosti. Dalším významem dobrovolné práce je možnost vyzkoušet si, zda je pracovní místo pro klienta vyhovující ještě před podepsáním pracovní smlouvy.

Pod dobrovolnou práci lze zařadit sociálně terapeutické dílny. Tato ambulantní služba je určena lidem, kteří z důvodu nedostatečné soběstačnosti nemohou pracovat na volném ani chráněném trhu práce. Jejich účelem je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností.

¹ *Job club* je „edukační program [...], který učí, jak a kde hledat zaměstnání, seznamuje s právy a povinnostmi uchazeče o zaměstnání a následně zaměstnance. Dává praktické rady, jak obstát v konkrétních situacích souvisejících s hledáním zaměstnání (například životopis, inzerát, pohovor, první den v zaměstnání).“ [Stuchlík in Pěč, Probstová, 2009]

Chráněné trh práce a sociální firmy

Zde jde o práci v chráněném prostředí. Chráněný trh práce znamená, že více než 50 % z celkového počtu zaměstnanců jsou osoby se zdravotním postižením. Sociální firma je konkurenceschopný podnikatelský subjekt, který má jasně definovaný veřejně prospěšný cíl. Tím je většinou zaměstnávání a začleňování osob se zdravotním postižením nebo jiným znevýhodněním. Přestože se podnik na chráněném trhu práce musí finančně udržet, poskytuje svým zaměstnancům pracovní a sociální rehabilitaci. Zisk firmy je až druhotný a neslouží k výdělku ale k investici zpět do podniku.

Oblíbené na chráněném trhu práce jsou kavárny a restaurace, své místo mají i dílny zaměřené na tradiční řemesla – např. výroba svíček, ručního papíru, šití, tkaní, knihařské práce a další.

Přechodné zaměstnávání

Přechodné zaměstnávání se již odehrává na volném pracovním trhu. Vychází z modelu „clubhouse²“. Klienti pracují na pracovním místě po omezenou dobu (z pravidla 6 měsíců) na zkrácený úvazek. Při práci jim pomáhá asistent – nedřívě pracuje spolu s klientem, zaučuje ho. Po zapracování mu poskytuje průběžnou podporu. Pracovní místa nevyžadují téměř žádnou kvalifikaci, jedná se převážně o úklidová a pomocná místa.

Podporované zaměstnávání

Podporované zaměstnávání pomáhá klientům s individuálním výběrem práce, jejím vyhledáním, získáním a udržením. Klient je zaměstnán na volném pracovním trhu za běžných pracovních podmínek s tím, že má možnost se v případě potřeby obrátit na asistenta, který mu při potížích pomůže komunikovat se zaměstnavatelem.

3.2.3 V oblasti vzdělávání

Vzdělání je nutné k lepšímu sebeuplatnění na trhu práce, nedokončené vzdělání tedy komplikuje kariéru. Začátek duševního onemocnění často zasahuje do období, kdy člověk standardně studuje. Studium přináší mnoho zátěžových situací, které pro lidi s duševním onemocněním mohou být vnímány jako nepřekonatelné bez pomoci.

² *Clubhouse* je komunitní model služeb pro lidi se závažným duševním onemocněním, který jim napomáhá znovu se začlenit do společnosti a udržet si v ní své místo. Tento model byl vytvořen ve čtyřicátých letech minulého století neziskovou organizací Fountain house.

Podporované vzdělávání poskytuje podporu a asistenci při vzdělávání a osobním rozvoji. Lze u něj rozlišit tři modely:

1. Model samostatné třídy - má specializované programy, které se zaměřují na zaměstnání a pracovní kariéru.
2. Místní model - hledá způsoby, jak co nejvíce využít prostředí a možnosti dostupné všem studentům.
3. Mobilní model podporovaného vzdělávání - poskytuje podporu při studiu, podporuje zvládání vlastních příznaků onemocnění a napomáhá v rozvoji studijních dovedností. [Pěč, Probstová, 2009]

3.2.4 V oblasti volného času

Volnočasové aktivity strukturují čas, zprostředkovávají sociální kontakty, učí novým dovednostem. Jsou provozovány za určitým osobním cílem - tím může být např. relaxace, rekreace, sebenaplnění a seberealizace, či pro radost a rozptýlení. Rehabilitaci v oblasti volného času a sociálních kontaktů se věnují centra denních aktivit, denní stacionáře či uživatelské kluby. Podporu v sociálních kontaktech však nemusí nutně poskytovat jen formalizované služby, lze čerpat z přirozených zdrojů - v rodině, mezi přáteli, kolegy, spolu-pacienty nebo v různých zájmových kurzech a aktivitách, které jsou dostupné v prostředí, v němž klient žije.

4 Sociální pracovník při práci s lidmi s psychotickým duševním onemocněním

4.1 Potřebné kompetence

Potřebné dovednosti pro práci lze obecně rozdělit na tzv. tvrdé a měkké. Mezi tvrdé dovednosti (hard skills) vhodné pro práci s lidmi se závažným duševním onemocněním je nutno zařadit základní znalost duševních onemocnění, a to jak jejich symptomatiky, tak dynamiky a léčebných intervencí. Znalost příznaků a vývoje onemocnění může být pro práci s klientem přínosná v mnoha ohledech. Jedním z nich je, že znalost nemoci přináší pochopení klientova chování, jednání i omezení, která se s onemocněním pojí. Sociální pracovník znalý klasifikace nemocí také snáz rozezná možné zhoršení či přicházející krizi. Další výhodou může být usnadnění komunikace sociálních pracovníků s dalšími odborníky. Nicméně je důležité se k diagnóze nepoutat a vnímat jedinečnost každého klienta. Ztotožňování klienta s jeho diagnózou může být zavádějící, je stigmatizující a je třeba se nálepkování typu „schizofrenik“ aj. vyhnout.

Dalšími nezbytnými tvrdými dovednostmi jsou podle Probstové [in Matoušek, 2010] znalosti standardů zdravotní a sociální péče a řádu zařízení, v němž pracovník pracuje. Dále je nepostradatelné také orientování se v legislativě, sociální politice a informovanost o síti služeb.

Měkké dovednosti (soft skills) pro práci s lidmi se závažným duševním onemocněním lze najít v hodnotách, postojích a způsobu komunikace pracovníka, které vycházejí z obecných principů komunitní péče. Probstová ve vztahu s klientem vypichuje partnerský přístup, respekt a flexibilitu. [Pěč, Probstová, 2009] Často se můžeme setkat s paternalistickým přístupem, kdy pracovník přebírá zodpovědnost a vytváří tak s klientem autoritativní vztah. Vztah pracovníka a klienta by však měl být společným úsilím. Společně by měli hledat klientovi silné stránky, snažit se o změny, získávat dovednosti, hledat příčiny problémů a nalézat jejich řešení. Respekt se úzce váže k partnerskému přístupu. Pracovník nesmí zapomínat na to, že klient je expertem sám na sebe. Měl by mu naslouchat, respektovat jeho přání i odlišné názory a vnímat jeho jedinečnost. Oba, jak pracovník, tak klient, do vztahu přinášejí své zkušenosti, dovednosti a možnosti. Klienti mnohdy nejsou zvyklí vyjadřovat svůj názor, pracovník by je měl k tomu podporovat a snažit se vytvářet bezpečný prostor, kde oba mohou své myšlenky sdílet. Flexibilita podle Probstové znamená neustálé monitorování změn v klientově životě. Pracovník

by měl umět flexibilně reagovat na změny v klinickém stavu klienta, jiná odpověď bude v krizi, jiná ve stabilizovaném stavu. [Pěč, Probstová, 2009]

Principy komunitní péče se odrážejí i v komunikaci. Pracovník by měl být předvídatelný, stálý a spolehlivý. Je třeba dodržovat dohody o setkání s klientem a mít jasnou strukturu a hranice vztahu. Je důležité hranice vymezit hned na začátku vztahu a vysvětlit, co pracovník nabízí. Pracovník by měl vytvářet akceptující a bezpečné prostředí. Toho lze dosáhnout například tím že se s klientem schází ve stejný čas na stejném místě a dá klientovi možnost vybrat si místo k usazení. Pracovník by měl udržovat s klientem optimální vzdálenost (tak aby nevyvolávala úzkost, ale ani pocit odtazeni). Měl by dávat najevo svůj zájem o klienta a o komunikaci s ním. Pracovník by měl mluvit srozumitelně a jednoznačně. Měl by být upřímný a otevřený. Neměl by slibovat to, co nemůže splnit a planě neutišovat. Také se nedoporučuje vyvracet, ale ani potvrzovat, klientovy bludné představy. Je důležité, aby byl pracovník vnímavý k nonverbálním projevům a všiml si kromě věcného obsahu sdělení i vztahového a emočního významu.

Dalšími důležitými měkkými dovednostmi jsou asertivita jednání, odolnost vůči stresu, schopnost přebrat zodpovědnost, když je to nutné, a týmovost.

4.2 Role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu

Jak už bylo výše zmíněno, komunitní péče je charakteristická multidisciplinárními týmy složenými z několika různých profesí - psychiatr, psycholog, psychiatrická sestra, všeobecná sestra, sociální pracovník, peer konzultant, případně další specializovaní odborníci (např. pracovní konzultant nebo adiktolog). Postavení všech zapojených je rovnocenné, není mezi nimi určeno hierarchické pořadí. Každý z odborníků přináší do týmu své specifické znalosti a svůj pohled. Pro dobré fungování týmu je nezbytné sdílení těchto znalostí a kompetencí.

Sociální pracovník mimo své odborné vědomosti přináší do týmu komplexní pohled na klientovu situaci. Často bývá „mostem“ mezi klientem, jeho rodinou a dalšími profesionály z týmu. Právě pro jeho ucelený pohled je vhodný jako klíčový pracovník/ case manager. Jeho role je v týmu zásadní. Má nezastupitelnou roli „pozorovatele“. Mapuje klientovu celkovou situaci, včetně jeho prostředí, podává o situaci informace a koordinuje péči okolo klienta.

4.3 Činnosti sociálních pracovníků

Mezi hlavní činnosti sociálních pracovníků, kteří primárně pracují s lidmi se závažným duševním onemocněním, patří sociální šetření, následně podílení se na sestavování individuálního plánu a krizového plánu, odborné sociální poradenství, psychoedukace klienta i jeho rodiny a trénink dovedností potřebných pro život v přirozeném prostředí.

„Sociální šetření zahrnuje pozorování interakcí klienta s okolím, popis klientova emočního, kognitivního a sociálního fungování, popis jeho osobních cílů a plánů, informace o jeho bydlení, o práci, o sociálním a rodinném podpůrném systému (o sociální síti). Sociální historie, další významná součást šetření, je chronologickým záznamem životních událostí klienta.“

[Probstová in Matoušek, 2010, s. 137] Je to kontinuální, dynamický proces. Výsledky šetření se mění spolu s tím, jak se mění klientova situace. Probíhá souběžně s intervencemi, případně je jejich součástí. Na základě průběžného vyhodnocování dochází k plánování dalšího postupu.

Pro zhodnocení klientova fungování mohou být nápomocné různé nástroje a škály - např. GAF, HoNos nebo AQoL.

GAF (Škála globálního fungování - Global Assessment of Functioning Scale) je nástroj, který se používá při měření celkového aktuálního fungování klientů. Sleduje závažnost příznaků, pozorovatelné chování, obtíže při vykonávání sociálních rolí nebo provádění každodenních činností. Funguje na bodovém systému, při čemž čím více bodů získá, tím má lepší skóre.

Nástroj HoNos (Health of the Nation Outcome Scale) je zaměřen na hodnocení symptomů a sociální funkce. Obsahuje 12 otázek, každá má 5 odpovědí, jež reprezentují hodnotu 0 - 4, při čemž čím nižší hodnota, tím je výsledek lepší.

Nástroj AQoL (The Assessment of Quality of Life) je sebehodnotící dotazník zaměřený na kvalitu života v souvislosti se zdravím. Obsahuje 35 otázek z osmi oblastí života (v kratší verzi 20 otázek). Klient na tyto otázky odpovídá z výběru možností, k jeho odpovědím je pak přiřazena číselná hodnota. Čím je hodnota vyšší, tím je výsledek lepší.

V souladu s filozofií „recovery“ je možné použít nástroje metodiky CARE. CARE (Komplexní přístup k rehabilitaci - Comprehensive Approach to Rehabilitation) je metoda, která má za cíl

podporovat lidi v dosahování požadované kvality života. Vychází z konceptu zotavení, zaměření na přítomnost a zplnomocňování. Oproti výše zmíněným nástrojům se nástroje přístupu CARE nezaměřují na symptomatiku, ale na klientovy silné stránky a na jeho přání a cíle. Pro zmapování klientovy situace lze použít Osobní profil - formulář rozdělený do tří sloupců a několika oblastí života. V prostředním sloupci se nacházejí přání a ambice v dané oblasti, v levém sloupci jsou současné možnosti a zkušenosti, v pravém předchozí možnosti a zkušenosti. Na konci formuláře je prostor pro zapsání nejdůležitějších přání klienta. Pro doplnění Osobního profilu je možné použít Přehled osobních preferencí. Tento diagram napomáhá přání konkretizovat. Po zjištění přání a ambicí se používá Osobní plán. Jde o harmonogram klienta a pracovníka (či dalších zapojených osob), který představuje konkrétní intervence pro dosahování přání. V úvodu si klient zapíše, čeho chce dosáhnout a proč je to pro něj důležité. V další části je strukturovaně popsáno kdo, co a do kdy udělá. Součástí metodiky CARE jsou i nástroje pro prevenci relapsu nebo pro práci s vnějším prostředím. [Hollander, Wilken, 2016]

Z osobních/individuálních plánů poté vyplývají činnosti, se kterými sociální pracovník klientovi dále pomáhá. Může to být informování klienta o jeho právech a nárocích, pomoc při jejich uplatňování, pomoc se zabezpečením jeho životní situace (např. hledání bydlení, hledání zaměstnání, řešení dluhové problematiky aj.) nebo trénink dovedností potřebných pro samostatný život, např. nácvik nakupování, vaření, úklidu domácnosti a další.

5 Metodologie výzkumu

5.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je zjistit a porovnat pracovní náplň sociálních pracovníků v komunitních a nekomunitních službách pro lidi s psychotickým duševním onemocněním. Pro konkrétnější vymezení záměru jsem jako zástupce komunitních služeb zvolila nestátní neziskovou organizaci a centrum duševního zdraví, nekomunitní služby reprezentuje psychiatrická nemocnice a dům se zvláštním režimem.

Tabulka 1: Přehled zkoumaných služeb

Komunitní služby	Nekomunitní služby
Nestátní nezisková organizace	Psychiatrická nemocnice
Centrum duševního zdraví	Dům se zvláštním režimem

5.2 Výzkumné otázky

Hlavní výzkumná otázka:

Jak se liší pracovní náplň sociálních pracovníků v komunitních a nekomunitních službách pro lidi s psychotickým duševním onemocněním?

Dílčí výzkumné otázky:

- 1. Jaká je pracovní náplň sociálních pracovníků, kteří pracují s lidmi s psychotickým duševním onemocněním v nestátní neziskové organizaci?*
- 2. Jaká je pracovní náplň sociálních pracovníků, kteří pracují s lidmi s psychotickým duševním onemocněním v centru duševního zdraví?*
- 3. Jaká je pracovní náplň sociálních pracovníků, kteří pracují s lidmi s psychotickým duševním onemocněním v psychiatrické nemocnici?*
- 4. Jaká je pracovní náplň sociálních pracovníků, kteří pracují s lidmi s psychotickým duševním onemocněním v domě se zvláštním režimem?*

5.3 Metoda výzkumu

Vzhledem k povaze výzkumné otázky jsem pro své výzkumné šetření zvolila kvalitativní strategii výzkumu. Kvalitativní výzkum umožňuje hlubší poznání zkoumané problematiky a získání podrobnějších informací. Dobře reaguje na místní situace a podmínky, na druhou stranu

získané znalosti nemusejí být zobecnitelné na populaci. Nevýhodou je také významný vliv samotného výzkumníka, jehož preferencemi mohou být výsledky ovlivněné. [Hendl, 2005] Mým záměrem bylo získat co nejvíce podrobných informací od menšího počtu respondentů. Chtěla jsem zejména porozumět pracovní náplni sociálních pracovníků v jednotlivých organizacích. Zajímaly mne osobní postoje respondentů ke konkrétním činnostem.

5.4 Výběr výzkumného souboru

Pro výběr výzkumného souboru jsem zvolila účelový výběr na základě pohodlí, a to z důvodu, že jsem jako jednu z technik sběru dat plánovala pozorování. Bylo pro mě důležité, aby vybraná zařízení byla v co nejbližší dojezdové vzdálenosti. Pro výzkum byla vybraná zařízení, která se specializují nebo v hojné míře pracují s lidmi s psychotickým duševním onemocněním.

5.5 Charakteristika výzkumného souboru

Pro výzkum byla vybrána Psychiatrická nemocnice Kosmonosy, nestátní nezisková organizace Fokus Mladá Boleslav, z. s., která zároveň provozuje centrum duševního zdraví, a Domov pro seniory U Kostelíčka, jež má specializované oddělení poskytující službu domov se zvláštním režimem. Cílová skupina všech vybraných služeb jsou lidé se závažným duševním onemocněním a převážná většina jejich klientů/ pacientů jsou osoby s psychotickým duševním onemocněním. Celkem výzkumný soubor tvořilo 5 respondentů.

Tabulka 2: Charakteristika výzkumného souboru

	Zařízení	Oddělení /služba	Pracovní pozice
Respondent č. 1	Psychiatrická nemocnice Kosmonosy	Příjmové oddělení	Zdravotně-sociální pracovník
Respondent č. 2	Psychiatrická nemocnice Kosmonosy	Chronické oddělení	Zdravotně-sociální pracovník
Respondent č. 3	Domov pro seniory U Kostelíčka	Specializované oddělení poskytující domov se zvláštním režimem	Sociální pracovník

Respondent č. 4	Fokus Mladá Boleslav	Terénní tým	Sociální pracovník
Respondent č. 5	Fokus Mladá Boleslav	Centrum duševního zdraví	Sociální pracovník

5.6 Technika a průběh sběru dat

Hlavní použitou technikou sběru dat bylo pozorování, které jsem doplnila o dotazník s otevřenými otázkami.

Výhodou pozorování je možnost výzkumníka být v obvyklém prostředí a aktuálním dění zkoumaného objektu. Na druhou stranu výzkumník může svou přítomností dění ovlivňovat. [Hendl, 2005] Pozorování mi bylo umožněno s téměř všemi respondenty. Z důvodu pandemické situace nebylo uskutečnitelné v domově se zvláštním režimem v Domově pro seniory U Kostelíčka. Respondenti i další členové týmu byli předem informováni o důvodu mé stáže. Byla jsem převážně v roli pozorovatele jako účastníka, případně účastníka jako pozorovatele.

Během pozorování probíhaly neformální rozhovory. Neformální rozhovor je přirozenou součástí interakce. Respondent si nemusí uvědomovat, že jde o explorační rozhovor. Jeho silnou stránkou je bezprostřednost a možnost využívat zdroje prostředí. Naopak nevýhodou může být to, že struktura každého takto vedeného rozhovoru se bude alespoň mírně lišit, a to komplikuje srovnání dat. [Hendl, 2005] V neformálním rozhovoru mě u všech respondentů zajímalo jeho vzdělání, počet klientů/pacientů, o které pečuje, diagnózy klientů, složení multidisciplinárního týmu a subjektivní pocity spojené s pracovní náplní, abych si doplnila pohled na pracovní náplň pracovníků. V případě Domova pro seniory U Kostelíčka neformální rozhovor nahradilo představení oddělení sociální pracovnící pomocí emailové komunikace.

Dotazník s otevřenými otázkami má oproti strukturovanému rozhovoru výhodu, že respondent má na zodpovězení otázek dostatek času. Právě díky této přednosti jsem techniku zvolila. Dotazník tvořilo pět otázek, respondenti s nimi byli předem srozuměni. Otázkami jsem zjišťovala stav klientů, s nimiž pracovníci pracují, jaké činnosti vykonává během pracovního dne, které s nich jsou pro něj stěžejní, jaké činnosti vykonává v případě neobvyklých situací (agrese klienta, úmrtí klienta aj.) a metody sociální práce, které používá.

6 Analýza a interpretace dat

Pro analýzu dat jsem použila dílčí část zakotvené teorie - otevřené kódování. Otevřené kódování spočívá na principu hledání podobných témat v získaných datech, tyto témata se označují tzv. kódy. Následně se porovnává podobnost jevů přiřazených kódů. Kódy se seskupují do vyššího řádu, tzv. kategorie, která představuje abstraktnější pojem. [Miovský, 2006]

Kódy jsem rozdělila do sedmi kategorií - sociální šetření, individuální plánování, nácvik dovedností, zajištění klienta, budování vztahu, spolupráce s dalšími osobami a administrativní úkony. Kategorie „sociální šetření“ zahrnovala mapování klientovy situace, historie a současných potřeb. Do kategorie „individuální plánování“ jsem přidala kódy tvorba individuálního plánu, tvorba krizového plánu a hodnotící schůzky. Kategorie „nácvik dovedností“ obsahovala kódy společné vaření, společný úklid, společný nákup, dávkování léků, hospodaření s penězi a doprovody. Kategorie „zajištění klienta“ znamenala kódy hledání bydlení, hledání práce, pomoc s vyřizováním financí, nákup pro klienta. Kategorie „budování vztahu“ představovala volnočasové aktivity a „povídací“ schůzky“. „Spolupráce s dalšími osobami“ byla kategorií shrnující komunikaci s rodinou, opatrovníky, úřady a dalšími organizacemi. Kategorie „administrativní úkony“ pojímala kódy sociální záznamy, porady, příprava dokumentů a pošta.

6.1 Pracovní náplň sociálních pracovníků pracujících v nestátní neziskové organizaci

Sociální pracovníci v NNO pracují metodou case managementu. Respondent č. 4 ve své práci považuje za stěžejní přímou práci s klientem v terénu. Práce v terénu je zaměřena především na sociální šetření, nácvik dovedností, zajištění klienta a v nemalé míře na budování vztahu s klientem. O budování vztahu se pokouší nejen v průběhu schůzek s primárně jiným cílem, nýbrž si s klientem domlouvá schůzky, jejichž hlavním cílem je navázání důvěrného, partnerského vztahu, např. „povídací“ setkání u kávy nebo sportovní aktivita či návštěva divadla. Nácvik dovedností obsahuje doprovody, společný úklid, nákup nebo vaření, ale i nácvik dávkování léků a finanční management. Nácviky dovedností jsou často součástí osobních (individuálních) plánů. Pracovníci během těchto aktivit mapují klientovu situaci i životní příběh, poté si teprve domlouvají schůzku, na které společně s klientem zjištěné informace sepíší do formuláře. Velkou část pracovní náplně také tvoří týmové porady a

sociální záznamy. Významnou součástí pracovní náplně je i práce s rodinou, opatrovníky a komunikace s dalšími organizacemi a úřady. Mimo pevnou pracovní dobu pracovníci drží službu na telefonu, který je dostupný nonstop.

6.2 Pracovní náplň sociálních pracovníků pracujících v centru duševního zdraví

Pracovní náplň sociálních pracovníků v centru duševního zdraví je téměř shodná s pracovní náplní sociálních pracovníků z nestátní neziskové organizace. Důvodem velmi podobné pracovní náplně je, že zkoumaný terénní tým i centrum duševního zdraví vede tatáž nestátní nezisková organizace, a byť jsou týmy formálně rozdělené, pracují společně.

Rozdílem v týmech jsou potřeby klientů. V centru duševního zdraví klienti potřebují poskytnout pomoc nejen v sociální oblasti, ale také ve zdravotní. Každý klient má dva case managery, jednoho sociálního pracovníka a jednu zdravotní sestru.

6.3 Pracovní náplň sociálních pracovníků pracujících v psychiatrické nemocnici

Pracovní náplň sociálních pracovníků v psychiatrické nemocnici obsahuje hlavně sociální šetření, administrativní úkony, zajištění klienta a spolupráce s rodinou, opatrovníky, dalšími organizacemi a úřady. Míra těchto činností se liší na jednotlivých odděleních.

Práce na příjmovém oddělení je specifická cílovou skupinou - sociální pracovník ve velké míře pracuje s pacienty v akutní fázi onemocnění. Hospitalizace pacienta na příjmovém oddělení je krátkodobá, pokud je stav pacienta stabilizován, pacient se buď z psychiatrické nemocnice propustí nebo je převeden na jiné, chronické, oddělení. Z tohoto důvodu se sociální pracovník na příjmovém oddělení málokdy zabývá zajištěním klienta, v tomto směru se spíše snaží navázat spolupráci s návaznými službami nebo předat informace na chronické oddělení.

Sociální pracovník na chronickém oddělení se ve velké míře věnuje spolupráci s návaznými službami. Koordinuje společné schůzky a společně s pacientem a pracovníkem organizace vytváří individuální plán, v době hospitalizace zaměřený převážně na zajištění pacienta po jeho propuštění z psychiatrické nemocnice.

Respondenti z obou oddělení psychiatrické nemocnice zmiňují přemíru administrativních úkonů. Do jejich pracovní náplně spadá i kompletace zdravotní dokumentace, vyzvedávání pošty a datové schránky, objednávání financí a jejich výdej pacientům, agenda pracovních neschopností, nákupy pro klienty, evidence pacientů. Dalšími administrativními činnostmi je účast na vizitách a poradách multidisciplinárního týmu, sociální záznamy a v případě příjmového oddělení i příjem nového pacienta.

Naopak v pracovní náplni zcela chybí činnosti zaměřené na nácvik dovedností a aktivizaci pacientů. Na chronickém oddělení se těmto aktivitám věnuje specializovaný terapeut nebo aktivizační pracovník. Také zde téměř schází schůzky orientované na budování vztahu, občas sociální pracovnice doprovází pacienty na procházce.

6.4 Pracovní náplň sociálních pracovníků pracujících v domově se zvláštním režimem

Pracovní náplň sociálních pracovníků v domově se zvláštním režimem zahrnuje sociální šetření, individuální plánování, zajištění klienta, zejména ve smyslu sociálně právního poradenství a pomoci se řešením osobních záležitostí, a administrativní úkony (např. vedení dokumentace, přijímání nových žádostí, jejich evidence, příprava na nástup nového klienta, ...) Respondent č. 3 uvedl, že za stěžejní považuje sociální šetření u nových žadatelů, přípravu na nástup nového klienta do zařízení, podporu klientů při řešení finančních obtíží, vedení dokumentace a spolupráci s opatrovníky. Kromě opatrovníků také kooperuje s úřady, soudy, jinými organizacemi, snaží se o zachování kontaktu s rodinou a klientovými přáteli.

6.5 Shrnutí

Ve všech zkoumaných zařízeních respondenti považovali za stěžejní činnosti sociální šetření a zajištění klienta. Pod kategorií zajištění klienta lze ve všech zařízeních vyjmenovat následující činnosti: sociální poradenství, hledání zaměstnání, hledání bydlení, hledání návazných služeb, pomoc s vyřizováním osobních záležitostí a financí, doprovody na úřady, k soudům, do banky aj. Další významnou činností, jež najdeme v odpovědích všech respondentů, je komunikace a spolupráce s rodinou, opatrovníky, úřady, soudy a jinými organizacemi.

Všichni respondenti také uvedli, že ve velké míře jejich pracovní náplň tvoří administrativní úkony, přičemž více administrativních činností popisovali pracovníci z institucionálních

zařízení. Respondenti z psychiatrické nemocnice dokonce administrativní úkony považovali za zatěžující a s výkonem sociální práce nesouvisející.

Naopak činnosti cíleně zaměřené na budování vztahu uváděli pouze respondenti z komunitních služeb. Z nekomunitních služeb jen respondent č. 2 zmínil, že „*občas jde klienta doprovodit na procházku*“. Respondenti z komunitních služeb rovněž poznamenali jako součást pracovní náplně psychoedukaci klientů i jejich rodin, což nezmínil ani jeden z respondentů z institucionálních zařízení.

Závěr

Tato bakalářská práce se zabývá komunitními a institucionálními službami určené pro lidi s psychotickým duševním onemocněním. Cílem této bakalářské práce bylo zjistit a porovnat pracovní náplň sociálních pracovníků, kteří pracují s lidmi s psychotickým duševním onemocněním v komunitních a institucionálních službách.

Teoretická část stručně popisuje psychotická duševní onemocnění, uvádí do problematiky komunitních a institucionálních služeb a věnuje se komunitnímu přístupu v sociálních službách pro lidi s psychotickým duševním onemocněním. Závěr teoretické části se zaměřuje na sociálního pracovníka, který s touto cílovou skupinou primárně pracuje.

K zodpovězení výzkumné otázky bylo použito pozorování a dotazník s pěti otázkami cílenými na pracovní náplň sociálních pracovníků. Z výzkumného šetření vyplývá, že v komunitních službách se více soustředí na aktivity, které jsou spojené s budováním vztahu s klientem. V institucionálních zařízeních respondenti častěji popisovali administrativní úkony. V obou typech služeb se sociální pracovníci věnují sociálnímu šetření, individuálnímu plánování a činnostem, jež vedou k materiálnímu a sociálnímu zajištění klienta. Závěrem lze tvrdit, že pracovní náplň je ovlivněna přístupem, který je v organizaci zaveden.

V praktické části se mi povedlo splnit předem stanovený cíl a porovnat pracovní náplň sociálních pracovníků v nestátní neziskové organizaci, centru duševního zdraví, psychiatrické nemocnici a domově se zvláštním režimem. Do budoucna by bylo zajímavé práci rozšířit o vlivy na agendu sociálních pracovníků i udělat srovnání, jak se pracovní náplň v jednotlivých zařízeních v čase vyvíjí. Pro větší reprezentativnost a objektivnost výzkumu by bylo vhodné použít jinou metodu výběru respondentů.

Seznam použité literatury

CORCORAN, Jacqueline a Joseph WALSH. Clinical assessment and diagnosis in social work practice. Third edition. New York, NY: Oxford University Press, 2016. ISBN 9780190211011

DOUBEK, Pavel. Psychóza v životě - život v psychóze: informace, rady a doporučení. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2010. ISBN 978-80-7345-231-5.

HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

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.

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

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

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

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

PROBSTOVÁ, Václava. Sociální práce s duševně nemocnými. In MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. str. 133 – 162. ISBN 978-80-7367-818-0.

STUHLÍK, Jan. Asertivní komunitní léčba a case management. Praha: Fokus Praha - sdružení pro péči o duševně nemocné, 2001. Neprodejně

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

Internetové zdroje

Bipolární porucha - příznaky a vztahy. Zdravotnictví a medicína: Zdraví.Euro.cz [online]. [cit. 2021-02-22]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/leky/bipolarni-porucha-priznaky/>

ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon č. 435/2004 Sb. ze dne 13. května 2004 o zaměstnanosti. In: Sbírka zákonů České republiky. 2004, částka 143. [online] Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-435#cast3>

ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon č. 108/2006 Sb. ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: Sbírka zákonů České republiky. 2006, částka 37. [online] Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108/zneni-20190701?porov=20190401#cast3>

F33 = periodická (rekurentní) depresivní porucha: Víte jak na ni? ProLékaře.cz [online]. 17. 3. 2020 [cit. 2021-02-22]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/tema/deprese-uzkost/detail/f33-periodicka-rekurentni-depresivni-porucha-vite-jak-na-ni-121597>

Foitová Z., Lorenc J. Možnosti krizové pomoci pro lidi s psychózou. Psychiatrie pro praxi [online]. 2009, 10(1), 36-38 [cit. 2021-7-13]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2009/01/08.pdf>

Goldmanová H., Brynych L. a dal. Editor: Cézová V. Malý průvodce Centry duševního zdraví [dokument MZ ČR]. 2020 [cit. 2021-7-13]. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-06/Malý%20průvodce%20CDZ.pdf>

MKN – 10. F20 – F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy [online]. UZIS, 2020. 10. revize: 01. 01. 2020. [cit. 2021-2-21]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F20-F29>

Onyett, Steve. Case Management in Mental Health. 2. vydání. UK: Stanley Thornes (Publishers), 1998. ISBN 0 7487 3845 2. Dostupné online na:

https://books.google.cz/books?id=rcmTNKy8FwcC&pg=PR3&hl=cs&source=gbs_selected_pages&cad=3#v=onepage&q&f=false

Příloha 1 Použité nástroje a škály. SOUKUPOVÁ, Jitka, Jana MELICHAROVÁ, Dan KLIMEŠ a Jiří JARKOVSKÝ. Metodika hodnocení a srovnávání multidisciplinárních psychiatrických týmů [online]. Datová a analytická základna moderního systému péče o duševní zdraví v ČR, 2020, s. 20-31 [cit. 2022-01-03]. Dostupné z: <https://psychiatrie.uzis.cz/res/file/registr-cdz/registr-cdz-metodika-hodnoceni.pdf>

Psychotická onemocnění v praxi. Zdravotnictví a medicína: Zdraví.Euro.cz [online]. 4. 2. 2005 [cit. 2021-02-18]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/psychoticka-onemocneni-v-praxi-165278>

Psychotické poruchy [dokumentární film]. Diagnóza TV. [online]. Česká televize, Česko, 2007. [cit. 2021-02-16]. Dostupné z: <https://www.ceskatelevize.cz/porady/1095946610-diagnoza/159-psychoticke-poruchy/video/>

Schizofrenie [dokumentární film]. Diagnóza TV. [online]. Režie Jan Pecha. Česká televize, Česko, 2001. [cit. 2021-02-16]. Dostupné z: <https://www.ceskatelevize.cz/porady/1095946610-diagnoza/32-schizofrenie/video/>

VELDHUIZEN, J. R. van; BÄHLER, M.: Manuál Flexible ACT [Manual Flexible ACT] [online]. 1. vydání. Z anglického originálu přeložila Martina Vavřínková. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, z. s., 2017. Dostupné z: www.cmhd.cz a www.factfacts.nl.

Seznam tabulek

Tabulka 1: Přehled zkoumaných služeb 35

Tabulka 2: Charakteristika výzkumného souboru 36